Lane Medical Library

Über

Lungensyphilis.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 8. März 1888

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Konrad Ruhemann

aus Zempelburg in Westpreussen.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. Albert Witkowski, prakt. Arzt, Assistent am Städtischen Krankenhause im Friedrichshain.

- Dr. Hugo Lohnstein, prakt. Arzt.
- Cand. med. Willy Ruhemann.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

Seinen geliebten Eltern

in kindlicher Dankbarkeit und Ehrerbietung

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberlungensyphil0000konr

Die älteren Autoren, wie Peter Pinctor (1499), Paracelsus (1491—1541), Cesalpini (1601), Boerhave (1668—1738), Astruc (1684—1766) verbanden mit dem Namen „Lungensyphilis“ nicht die Vorstellung einer specifischen Lungenerkrankung, sondern nur die Anschauung, dass nach der luetischen Erkrankung die Disposition zur Phthisis eine gesteigerte sei[1]). Diese Phthisis nach Lues sah man bald als eine Phthisis infolge von Lues an und sprach von einer „phthisis ex lue venerea“. Dieser Anschauung schlossen sich noch im Beginn dieses Jahrhunderts hervorragende Kliniker an: J. P. Frank (1745—1821), dessen Sohn Josef Frank (1823), A. G. Richter (1742—1812), L. W. Sachs (1833), Bonorden (1834) u. a. Als indes Andral (1797—1876), Baillie (1774—1816) und Laennec (1781—1826) ihre Theorie von der Tuberculose aufgestellt hatten, und dieselbe viele Anhänger fand, gelangte die „phthisis ex lue venerea“ in Misscredit. Erst die pathologisch-anatomischen Befunde, welche sich zuerst aus den Untersuchungen von Depaul (1837), dann von Hecker, Ricord, Dittrich, Lebert und besonders Virchow ergaben, haben mit aller Deutlichkeit bewiesen, dass Syphilis für sich allein in den Lungen krankhafte Processe hervorrufen kann, wie in anderen Organen, dass Lungensyphilis ein idiopathisches Leiden ist.

Zunächst soll es meine Aufgabe sein, die klinische Litteratur über Lungensyphilis bei Erwachsenen möglichst vollständig zusammenzustellen; von vornherein schliesse ich die Fälle aus, wo die Diagnose zweifelhaft ist, und wo eine nicht zu trennende Combination von Lungensyphilis und Lungentuberkulose vorliegt. Auch die Beziehungen dieser beiden Processe zu einander liegen nicht im Rahmen dieser Arbeit.

---

[1]) cf. Pancritius, Über Lungensyphilis. Berlin 1881.

I. Es mögen zunächst einige von den Fällen angeführt werden, die Virchow in seiner bekannten Arbeit „über die Natur der constitutionell syphilitischen Affektionen“, Virchows Archiv XV, 1858 mitteilt.

1. S. 250. Auguste Kühn, Dienstmädchen, 22 J. alt. Vor $3^1/_2$ Jahren Syphilis. Papulöses Exanthem. Ulcus condylomatosum labii majoris dextri. Schmerzen in der ganzen rechten Brusthälfte. Bronchopneumonie R. U., später auch L. Dämpfung und abgeschwächtes Atmen. Sektionsbefund der Lungen: Sehr ausgedehnte, trockne, pleuritische Beschläge auf der Lungenoberfläche R.; das Parenchym im unteren und mittleren Lappen fast luftleer, ödematös, schwer, verdichtet, mit weisslichen, von aussen durchschimmernden, knotigen Infiltrationen durchsetzt, aus denen sich beim Ausschneiden eitrige Flüssigkeit ausdrücken liess; ähnliches L.

2. S. 283. Friedr. Wilh. Sparenberg, 47jähriger Knecht. Syphilis vor 14 Jahren, ohne gegenwärtige syphilitische Symptome. Grosse Dyspnoe bei leichtem Ödem der Unterextremitäten. Rubiginöse Sputa. Livor des Gesichts und der Extremitäten. Mitralinsufficienz. Tod nach 3 Tagen unter den Erscheinungen der Dyspnoe. Sektionsbefund: Myo-, Peri-, und Endocarditis gummosa. Pleuritis dextra. Milztumor. Orchitis simplex et gummosa. Die rechte Lunge gross, sehr derb, von aussen blaurot aussehend, auf dem Durchschnitt überall sehr verdichtet, wenig luftreich, im unteren Lappen carnificiertes Gewebe von blaugrauer, hier und da bräunlicher Färbung, aus dem sich eine leicht schaumige Flüssigkeit ausdrückt. — Linke Lunge mit sehr ausgedehnten, fadenförmigen Adhäsionen, etwas kleiner und sehr viel dichter, als die rechte. In der Spitze alte schiefrige Narben mit einzelnen käsigen Einsprengungen; das übrige Gewebe carnificiert, besonders stark die Mitte des Unterlappens. In der Mitte des letzteren eine sehr umfangreiche, schiefrige Narbe. Die Bronchien etwas eng, sehr verdickt, hyperämisch; Lungenarterie frei.

3. S. 308. Margarete Rudloff, 42 J. alt. Angabe, seit wann Syphilis erworben, fehlt. Syphilitische Stenose des Larynx mit teilweiser Zerstörung des Ringknorpels und fungöser Granulation im Grunde. Erscheinung hochgradiger Larynxstenose; starb ziemlich rasch unter den Erscheinungen des Laryngospasmus.

Sektionsbefund: Mehrfache Narben und Stenosen des Larynx, der Trachea und der Bronchien, Bronchiectasie mit Verdichtung der Lunge.

II. Vidal, Bulletin général de Therapie. Janvier 1855. (Canstatts Jahresbericht Bd. IV. S. 313).

45jährige Näherin. Vor 13 Jahren als Amme durch ein syphilitisches Kind inficiert. Seitdem Recidive. Ekthyma und Rupia. Heftige Atembeschwerden; vor 4 Wochen Blutspeien. Auf beiden Seiten, besonders R., leerer Perkussionsschall und bronchiales Atmen. Husten, Fieber, Nachtschweisse fehlen. Keine Abmagerung. Behandlung: Jodkalium und Antispasmodica ohne alle Erleichterung. Starb nach 4 Tagen unter den Erscheinungen der Asphyxie.

Sektionsbefund: Die hinteren Bronchialäste der beiden unteren Lungenlappen findet man beim Einschneiden von einer in-

durierten, bläulich-grauen Masse umgeben, welche das Lungenparenchym gänzlich verdrängt hat; sie ist sehr resistent bei Druck, ähnlich wie eine Periostose. Die übrige Lunge ist normal. Nirgend, weder in den Lungen, noch sonst im Körper eine Spur von Tuberkeln.

III. Th. Pleischl und Jul. Klob. Beiträge zur Pathologie der constitutionellen Syphilis. (Wiener medizinische Wochenschrift 1860 Nr. 9.)

Johann K., 45 J. alt, wahrscheinlich vor 12 Jahren infiziert. Perkussion und Auskultation der Lungen zeigt nichts Abnormes. Hustenreiz. Atembeklemmung infolge von Hydrops.

Sektionsbefund: Im linken Unterlappen eine gegen hühnereigrosse, vom übrigen Lungenparenchym scharf abgegrenzte, unregelmässige, mit stumpfen Fortsätzen in das Parenchym greifende Masse; der Durchschnitt derselben sehr gleichförmig, völlig glatt und eben, ohne Spur einer Lungentextur (Gummiknoten). Gummiknoten in der Leber und in den Hoden. Ichthyosis der Haut. Amyloid-Entartung der Nieren.

IV. Türck, Klinik der Hautkrankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre, Wien 1866, S. 253.

Michael K., 53 J. alt. Ausgebreitete Geschwüre und Narben der Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut. Nekrose des blossliegenden Ringknorpels. Callositäten in der Leber, Milz und den Hoden. Seit 4 Jahren Husten und Heiserkeit. Sputum spärlich, eitrig. Zeitweis Dyspnoe. Induration des linken untern Lungenlappens. Stridor. Laryngotomie; nach 8 Tagen Exitus.

Sektionsbefund: Ulcera und zahlreiche Narben in Larynx und Trachea. Grosse Substanzverluste. Pleuritis sero-purulenta. Der linke Unterlappen fast luftleer, induriert, von einer blassgelben Schwiele durchsetzt.

V. C. Gerhardt, Deutsches Archiv für klinische Medizin (Bd. II 1867 S. 541).

1. 40jähriger Schreiber. Narbe am Penis und vielfache Lymphdrüsenschwellung. Abmagerung. Husten. Verdichtung der R. Lungenspitze. Therapie: Syrupus ferri jodati und Inhalat. olei terebinth. Mehrtägiges, zuletzt profuses Blutspeien. Arrosion eines Astes der Art. pulm. führte den Tod herbei.

Sektionsbefund: Chronisch-pneumonische Indurationen d. R. oberen und mittleren Lappens, mit zahlreichen, bis nussgrossen Bronchiectasen. Der rechte Haupt-Bronchus und einer seiner Äste waren von einem zolllangen Geschwür mit weisslichen aufgeworfenen Rändern und missfarbener Umgebung eingenommen, dessen Grund eine Reihe entblösster Knorpelringe und ein aus einem eröffneten Pulmonalarterienaste heraushängendes Gerinnsel bildeten. Trachea frei.

2. Luise Ruhlig, 24jährige Frau. Vor 4 Jahren durch ihren Mann infiziert. Abmagerung. Blässe. Heiserkeit. Multiple Lymphadenitis. Stenose im unteren Teil der Trachea. Seit längerer Zeit trockner Husten, Dyspnoe, Stridor. Einmal Auswurf zweier kleiner Knorpelstückchen. Erstickungsanfälle; angestrengte In- und Exspiration. Cyanose, Abmagerung, Appetit- und Schlaflosigkeit. Blut und Eiter waren nie im Auswurf. Bei der Auskultation der Lungen überall Vesikuläratmen, L. schwächer als R. Behandlung: KJ. Anfangs Besserung, später rasche Verschlim-

merung. Schwere suffocatorische Anfälle bis zur Bewusstlosigkeit v. $^1/_4$—$^3/_4$ Stunden Dauer; einer mit tötlichem Ausgang.

Sektionsbefund: Narbe am L. Gaumenbogen. Narbige Verengung der Trachea oberhalb der Bifurcation bis auf Federkielweite. Zerstreute pneumonische Herde in beiden Unterlappen; geringe, sackförmige Bronchiectasie im rechten Unterlappen; Verdichtung des Bindegewebes.

VI. H. Gintrac, Observations de phthisie syphilitique. Journ. de méd. de Bordeaux 1867.

Pat. 43 J. alt, vor 15 Jahren Lues acquiriert. Recidive. Brustschmerzen. Fieber. Husten. Sputum eitrig. Umschriebene Dämpfung L. V. mit „cavernösem Atmen" schwindet nach 2 monatlichem Gebrauch von KJ. Diagnose: Gumma syphiliticum.

VII. Vecchi (Giornale italiano d. malatti vener. e della pelle, 1869)

perkutierte bei einem mit Lues Behafteten am Thorax eine umschriebene Dämpfung, die nach Gebrauch von KJ verschwand.

VIII. Lindseth, Phthisis syphilitica laryngis et pulmonum. Nordisk Magaz. for Lägevidensk XXIV p. 89/91, 1870.

Pat. 21 J., sehr abgemagert, V. R. unter der Clavicula ausgebreitete Dämpfung. Ulcera am Larynx. Die Symptome verschwanden unter Anwendung v. KJ u. Hg.

IX. Hertz, ein Fall von Aneurysma und Pneumonia syphilitica. Virchows Archiv 1873 S. 421.

Frau Jeanne C., 34 J. alt. Syphilis seit 2 Jahren. Blässe und Abmagerung. Maculöses Exanthem der Haut. Exostose am linken Schienbein. Ausgebreitete Bronchitis, chronisch pneumonische Infiltration der linken Lunge im ganzen unteren und zum Teil auch im oberen Lappen; beginnende Infiltration im rechten Unterlappen. Kein Alkoholmissbrauch. Sehr quälender, trockner Husten, fast ohne Auswurf. Heiserkeit, Dyspnoë, Fieber morgens 38,4°, abends 40,4°. L. pleuritisches Exsudat. Narcotica. Zunehmende Dyspnoë und Cyanose. Lungenödem.

Sektionsbefund: Lunge L. O. durchsetzt von zahlreichen hirsekorn- bis erbsengrossen, unregelmässig begrenzten, grauen und weissen, selbst schwärzlichen, derben Knoten; an der Basis mehr diffuse, grau durchschimmernde Verdichtung. Im Unterlappen ähnliche, herdweise Infiltration mit gelber centraler Erweichung, von derben, festen Bindegewebszügen durchzogen; daneben zahlreiche derbe, grauweisse Knoten. In der R. Lunge dieselben herdartigen Verdichtungen mit käsigem Centrum; die Oberfläche hat eine ungleichmässige, höckerige, den erwähnten Knoten entsprechende Beschaffenheit.

X. Rühle, Ziemssens Handbuch V, 69.

Frau von 35 J., äusserste Abmagerung. Hektisches Fieber; profuse Schweisse. Aphonie. Luetische Narben im Kehlkopf. Infiltration des rechten Oberlappens. Durch Schmierkur Heilung.

XI. Güntz erwähnt in seinem Buch „über das syphilitische Fieber" (1873) einen Kranken, bei welchem er selbst Lungensyphilis, der Consiliarius aber Tuberkulose im letzten Stadium annahm. Güntz verordnete Jodkali; die wiederholten Hämoptysen standen sofort, so oft das Mittel gegeben wurde. Neun Jahre später lebte der Kranke noch und erfreute sich des besten Wohlseins.

XII. Lanceraux, Traité pratique et historique de la Syphilis.

1. 40jährige Frau. Symptome hereditärer Lues seit der frühesten Kindheit. Abmagerung, Kräfteverfall, Husten, Atembeschwerden. Zeitweis Hämoptoë; starb nach einigen Monaten.

Sektionsbefund: Linke Lunge normal. Die rechte Lunge im mittleren und unteren Lappen verdichtet, von breiten fibrösen Strängen durchzogen. In dem verdichteten Gewebe einzelne harte, scharf umschriebene Knoten von verschiedener Grösse. Daneben einzelne scharf umschriebene Höhlen, beides von Tuberkeln und phthisischen Cavernen verschieden. — Iritis et exostosis tibiae syphilitica.

2. Gazette des hôpitaux 177 No. 125. 58jähriger Mann. Kurzatmigkeit beim Gehen und Treppensteigen. Husten und schleimig-eitriger Auswurf seit 1 Monat. Therapie: Jodkali. Anfangs Besserung, danach wieder Verschlechterung. Complikation: Gehirnsymptome. — Delirien, Bewusstlosigkeit, Lähmung, später Exitus letalis.

Sektionsbefund: Syphilis des Gehirns und der Hirnhäute. Linker unterer Lungenlappen verdichtet, von derben Faserzügen neugebildeten Bindegewebes durchsetzt, die strahlenförmig von einem Centrum ausgehen, daneben zahlreiche Gummiknoten. Kleineren Bronchien erweitert. Die rechte Lunge zeigt denselben Prozess in einem vorgerückteren Stadium.

XIII. Beger, Deutsches Archiv für klin. Medizin Bd. XXIII, S. 608.

1. E. M., 33jähriger Böttchergeselle. Infektion geleugnet. Narbe am Penis. Lymphadenitis. Husten seit 2 Monaten, anfangs trocken, später mit schleimig-eitrigem Auswurf, der einmal einen halblinsengrossen Gewebsfetzen, aus der syphilitisch infiltrierten Trachealschleimhaut stammend, enthielt. T. 39,3° P. 108. R. 28. Am Thorax nirgends abnorme Dämpfung. Bei der Auskultation reichliche feuchte und trockne Rasselgeräusche mit vesikulärem Atmen. Heftiger, qualvoller Hustenreiz. Zunehmende Atemnot. Cyanose des Gesichts. Erstickungsanfälle. Zuletzt Pneumonie L. U. Tod.

Sektionsbefund: Terminale Pneumonie beider Unterlappen. Pleuritische Verwachsungen. Trachealstenose; oberhalb derselben ein kirschengrosser Gummiknoten mit Perforation der Trachealwand.

2. S. 614. Herr C. E. Al. 35jährig. Lues seit vielen Jahren. Hereditär tuberkulös belastet. Lymphadenitis. Exostosen an beiden Tibiae. Dyspnoë; mässige Cyanose. Fieber 39,8°. Schüttelfrost. Nachtschweisse. Lähmung des l. N. recurrens sup. Respiration beschleunigt. Bronchitis. Communikation zwischen Trachea und Oesophagus. Schluckpneumonie. Exitus.

Sektionsbefund: Ulcus syphiliticum Tracheae mit Perforation in den Oesophagus. Fremdkörperpneumonie in beiden unteren Lappen. Pleuritis. Die linke Lunge sehr schwer, im unteren Lappen festinfiltriert in Form von verschiedenen, vielfach confluierenden Knoten von meist braunroter Farbe. Rechts dasselbe, nur zeigen die lobulären Infiltrate teilweise bereits eine graugelbe, käseähnliche Beschaffenheit.

XIV. Mac Swiney, A case of syphilitic phthisis. Dubl. Journ. Bd. 60 S. 456 (Med. Central-Blatt 1877 S. 318).

Kräftiger Mann. Mehrere Jahre nach acquirierter Lues bekam er Ozaena. Brustschmerzen. Trockener Husten. Nie Haemoptoe. L. Infiltrat. Amyloid der Nieren. Hg. Anfangs Besserung, dann Verschlimmerung, nach 6 Wochen Exitus. Sektion verweigert.

XV. C. Kopp, deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 32 H. 3 u. 4.

33jähriger Mann. Lues seit 6 Jahren, Husten. Auswurf reichlich, eitrig, frei von elastischen Fasern. Abmagerung. Abends Fieber. Dyspnoe. Erstickungsanfälle. Schmierkur KJ. Tod nach 9 Monaten.

Sektionsbefund: Trachealstenose. Bindegewebige Entartung der Schleimhaut. In beiden Lungen interstitielle Bindegewebswucherung; der L. Unterlappen hepatisiert. In den verdichteten Lungenlappen, entsprechend den interlobulären Bindegewebszügen, bis zu 3 mm Dicke derbfaserige Bindegewebszüge mit Einlagerung lymphatischer Zellen von gleicher Beschaffenheit, wie die in der Trachea gefundenen. Die Induration und Wucherung ist am stärksten in der Umgebung der grossen Gefässe. Das Lungengewebe war an vielen Stellen ganz zu Grunde gegangen.

XVI. Fr. Chvosteck, Wien. Med. Wochenschrift XXVII, 33. 1877.

An den Lungenspitzen H. mässige Dämpfung, unbestimmtes Atmen, kleinblasige Rasselgeräusche, R. seitlich pleuritisches Reiben, Sputa reichlich, schleimig-eitrig.

Sektionsbefund: Die obere Partie des oberen L. Lungenlappens von einem strahligen, dichten Narbengewebe durchsetzt, welches von der schwieligen Bindegewebslage der Oberfläche ausging. Wallnussgrosse Caverne. L. O. ist das Parenchym von strahligen Narben und verkreideten Knötchen durchsetzt. Das Lungengewebe war teils ödematös, teils zähe und dicht, wenig lufthaltig, von zahlreichen Bindegewebszügen durchsetzt, in welchen sich kleine, meist verkreidete Knötchen fanden.

XVII. L. Mc. Lane Tiffany, Amer. journ. N. S. 147 p. 90 July 1877.

1. Negerin, 23jährig, stillte ihr 6 Monat altes Kind, welches kurz danach an Lues congenita starb und bei der Sektion mehrere Gummiknoten in den Lungen darbot. Die Mutter hatte ein schuppiges Hautsyphilid, Drüsenschwellungen, Exostosen. Hartnäckiger Husten. Verdichtung beider Lungen in der Mitte. Schmierkur. Geringe Besserung. Starb 5 Monat nach der Erkrankung.

Sektionsbefund: Grosse Cavernen in der Mitte beider Lungen. Pleura verdickt. Schnittfläche glatt, speckig, keine Tuberkel.

2. Mann, 30jährig, litt an osteokopischen Schmerzen. Infiltration beider Lungenspitzen. Schmierkur erfolgreich. Nach 3 Monaten Zustand sehr verschlechtert, Exitus.

Sektionsbefund: Beide Lungen fest, elastisch, grau gefärbt. L. eine grosse Caverne mit sinuösen Gängen. R.O. eine kleine Caverne, keine Pleuritis.

XVIII. R. Thompson, on syphilitic phthisis. The Lancet. 13. IV. 1878.

12 Fälle von Lungensyphilis. 2 Männer, 10 Frauen. Alter 22—46 Jahr. Klinische Symptome fast bei allen in gleicher Weise: Kachexie, Abmagerung, Dyspnoe, Husten mit resp. ohne Auswurf je nach Anwesenheit einer complicierenden Bronchitis, meist spär-

liche Haemoptoë. Oliven- und bronzefarbene Färbung der Haut. In 11 Fällen waren beide Lungenspitzen erkrankt, in einem Falle die R. Eine spezifische Behandlung hatte meistens einen guten Erfolg.

XIX. Sacharjin und Paulinoff. Berl. Klin. Wochenschrift 1878 No. 3.

32jähriger Gutsverwalter. Lues seit 7 Jahren. Aphonie. Starke Schwellung der Stimmbänder und der Larynx-Schleimhaut, später Ulcerationen, Dyspnoe. Husten. Sputum schleimig, wenig eitrig, mit Blutstreifen. Infiltration der Lungenspitzen. Dämpfung. Bronchial-Atmen mit Pfeifen und Rasseln; starb infolge von Erysipelas.

Sektionsbefund: Pleuritische Adhäsionen. Gummiknoten im Parenchym und in der Nähe und um die verdickten Bronchialwände. In der R. Lungenspitze 2 bronchiectatische Höhlen. Geschwüre und Narben in Bronchien und Kehlkopf. Amyloid der Milz und Nieren. Lebercirrhose. Periostitis ossificans am R. Schienbein.

XX. Koranyi, Phthisis syphil. Wien. med. Presse. 1879.

Kräftig gebauter, 40jähriger Mann. Lues seit 4 Jahren. Heiserkeit, Ulcera und Katarrh des Kehlkopfs. Husten, Auswurf, Fieber, Diarrhoe, Schweisse. Infiltration der R. Lungenspitze. Dämpfung und kleinblasiges Rasseln über derselben. Beide verschwanden nach 2 wöchentlichem Gebrauch von KJ.

XXI. W. Henop. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1879 Bd. 24 S. 250.

Th. Gübel, 18jähriger Schiffer. Lues seit 2 Jahren. Plaques muqueuses am Gaumen, Temp. 40,6°, Husten, Durchfälle. Über den Lungen kleinblasige, stellenweise krepitierende Rasselgeräusche, aber nirgends deutliche Dämpfung. Später L. Pleuritis. KJ. Anfangs Besserung, dann Verschlechterung. Tod nach 8 Monaten.

Sektionsbefund: In beiden Lungen Gummiknoten, teils in der Nähe von Bronchien, teils um solche herum.

XXII. Ewe. Wiener med. Presse 1879.

1. Herr A., 24 J. alt. Lues vor 2 Jahren, Brustschmerzen, Husten, zäher Auswurf, abends Fieber. Exostose am Stirnbein. Über dem R. mittl. Lungenlappen H. handtellergrosse Dämpfung. Sistieren der Respirationsgeräusche, in den benachbarten Gegenden kleinblasige krepitierende Geräusche.

2. Herr R., 29 J. alt. Heftige Brustschmerzen und Beklemmungen. Lues seit $2^1/_2$ Jahr. Ulcera am Gaumen und Pharynx. Pneumonie des R. mittl. Lappens.

3. Herr v. R, 34 J. alt, kachectisch. Schmerzen im ganzen Körper. Lues vor 3 Jahren. Syphilitische Periostitis der Nasenscheidewand. Pneumonie des R. Mittellappens, vergrösserte Leber, Milztumor.

In sämtlichen 3 Fällen trat durch Nenndorfer Schwefelbrunnen, Hg und KJ bei roborierender Diät vollständige Heilung ein.

XXIII. Langerhans, ein Fall von Phthisis syphilitica. Virchows Archiv 75, 1. 1879 p. 184.

M. K., 17 J. alt, erkrankte im April 1869 mit Spitzenkatarrh der rechten Lunge. Sputa leicht blutig gefärbt. Infection bestritten. Bubo inguinalis. Hustenanfall mit Haemoptoë. Däm-

pfung oberhalb der 2. Rippe, Fieber. Nach längerem Aufenthalt im Süden trat eine Besserung erst nach subcutaner Injection von Sublimat ein, die zu vollständiger Heilung führte. Pat. war nach 3 J. noch frei von Recidiven.

XXIV. J. Frank, über einen Fall von Lungensyphilis. — Wien med. Presse 1880 No. 38.

Bei einer 30 J. alten, im 7. Schwangerschafts-Monate befindlichen und ebenso lange mit einem syphilitischen Manne verheirateten und bis dahin stets gesund gewesenen Frau Dämpfung in beiden Spitzen, rechts stärkeres Atmungsgeräusch, teils schwach bronchial, teils unbestimmte Rasselgeräusche, vorwiegend rechts; Fieber, Puls beschleunigt, Sputa blutig-eitrig; grosse Papeln an den Mundwinkeln, der Mundschleimhaut und den Tonsillen. Heilung durch Schmierkur.

XXV. Schnitzler. Über Lungensyphilis. Wien. med. Presse 1879.

1. Infection 1870: nach einigen Monaten Drüsenanschwellung und Hautausschlag, die durch Schmierkur schwinden. Von da ab häufig Halsentzündungen. 1875 Kehlkopfgeschwüre. Heilung durch ärztliche Behandlung. 1876 abermalige intensive Erkrankung des Kehlkopfs: Gummiknoten und Ulcerationen; gleichzeitig treten Erscheinungen einer ernsten Lungenerkrankung auf: Fieber, Abmagerung, Husten und Infiltration im rechten mittleren Lungenlappen (syphilitische Pneumonie). Auf eine antisyphilitische Behandlung (KJ in grossen Dosen) heilen die Geschwüre im Kehlkopf und schwindet das Infiltrat in der Lunge. Nach 2 Jahren erneuertes Ausbrechen der Lues als Ozaena syphilitica und gleichzeitig mit dieser wieder Infiltration in der Lunge. Auf Jodeisen innerlich und Sublimateinspritzungen in die Nase bessert sich die Ozaena und schwindet die Infiltration in der Lunge.

2. Kehlkopf- und Lungensyphilis, unter den Erscheinungen einer schweren Kehlkopf- und Lungenphthise verlaufend. Heilung durch längere Zeit fortgebrauchte Jodkur. 4 Jahre später Recidive. Heilung durch eine systematische Inunctionskur.

3. Infection vor 5 Jahren. Nach 4 Jahren häufige, immer stärker wiederkehrende Halsschmerzen, die sich in letzter Zeit bis zu einem sehr hohen Grade steigerten. Zuletzt Fieber, Husten, Atembeschwerden mit nachweisbarer Infiltration im mittleren und unteren rechten Lungenlappen. Gummiknoten im Larynx. Heilung nach einer Jodkur.

4. Infection vor 6 Jahren. Lungeninfiltration von zweifelhaftem Charakter. Gleichzeitig Entzündung der Kehlkopfschleimhaut, die bald Verschwärung und schliesslich Stenose zur Folge hat. Die laryngoskopische Untersuchung führt zur richtigen Erkenntnis des Leidens. Eine systematische Einreibungskur behebt die Larynxstenose und die Lungeninfiltration mit allen, das Leben des Kranken bereits in hohem Grade bedrohenden Erscheinungen.

5. Zeit der Infection unbekannt, wahrscheinlich vor 15—20 Jahren. — Knotig ulceröses Syphilid am Thorax. — Schwellung der Achseldrüsen. — Syphilis des Kehlkopfs. Infiltration der Lunge von zweifelhaftem Charakter. (Tuberkulose oder Syphilis?) Nach dem ganzen Verlauf jedoch eine syphilitische Affektion der Lunge wahrscheinlich. — Hochgradige Stenose des Larynx. Wesentliche Besserung durch systematische Inunktionskur.

XXVI. Fournier, Gaz. des Hôp. 1878,

teilt einen Fall von syphilitischer Phthise mit, in welchem die Erscheinungen auf tuberkulöse Phthise hindeuteten und unter Anwendung von KJ Heilung eintrat.

XXVII. v. Cube, Virchows Archiv 1880 Bd. 82. S. 516.

Pat. 34 J. Lues seit 9 J. Seit 7 J. morgens zähe Sputa, während einer Kur in Obersalzbrunnen verlor Pat. plötzlich die Stimme. Vorübergehende Besserung. Expectoration von erbsen- bis bohnengrossen Gewebsstücken von üblem Geruch. Circumscripte Dämpfung rechts hinten am unteren Angulus scapulae. Grossblasiges Rasseln, Schweisse. Temp. bis 39,0°. Inunktionskur. Jodeisen. Expectoration von nekrotischem Lungengewebe unter hohem Fieber 40,6°. Therapie günstig, Dämpfung verkleinert, Rasselgeräusche verschwunden.

XXVIII. Holmberg, Finska laekaresällsk. handl. XXII, 4. S. 290. 1880.

Dämpfung über dem rechten oberen Lungenlappen. Respiration erschwert, Husten. Spezifische Kur. Heilung.

XXIX. Seiler, Two cases of pulmonary Syphilis. Philad. med. and. surg. Reporter XLIV, 16. 1881,

teilt zwei Fälle von Lungensyphilis mit, bei denen sich dieselbe auf den rechten mittleren Lappen beschränkte. Eine antiluetische Kur brachte alle Symptome von Seiten der Lunge und des Kehlkopfs zum Schwinden.

XXX. Engström, Finska laekaresällsk. handl. XXIII, 2 och. 3. S. 137. 1881,

veröffentlicht einen Fall von syphilitischer Bronchopneumonie in beiden Lungenspitzen. Kein Fieber. KJ und Schmierkur beseitigte hier in 10 Tagen Husten, Heiserkeit, Atemnot und Nachtschweisse. An Stelle der Rasselgeräusche trat normales Vesikuläratmen.

XXXI. Lutz, Lungen- und Rückenmarksyphilis. Bair. ärztl. Intelligenzblatt, 1881. No. 50.

Pat., 34 J., leidet seit 10 J. an Lues, heiser, hustet, abgemagert, spärlicher Auswurf, Exanthem am Kopf und an den Händen. V. L. O. Dämpfung, Bronchialatmen, Rasselgeräusche. Nach 6wöchentl. Jodgebrauch Besserung. Einen Monat später Verschlimmerung. KJ, graue Salbe, Sublimatinhalationen. Während des Gebrauches Haemoptöe: später hustete Pat. „rote fleischähnliche Massen aus, die wie Granulationsgewebe, nur dichter und härter aussahen".

Restitutio ad integrum trat erst nach 1 Jahr ein.

XXXII. F. W. T. Pancritius. Über Lungensyphilis. Berlin 1881.

1. S. 86. Syphilis seit 8 Jahren. Recidive. Residuen einer abgelaufenen Pleuritis. R. Kurzatmigkeit und Husten; Albuminurie. Über der R. Spitze Dämpfung und kleinblasige Rasselgeräusche. Hohes Fieber. Grosse Atemnot, quälender Husten mit eitrigem Auswurf; amphorisches Atemgeräusch R. O. Tod durch Suffokation.

Sektionsbefund: L. Lunge gut lufthaltig: im Oberlappen 6 erbsen- bis haselnussgrosse, teils haemorrhagische, teils käsige Knoten. R. adhaesive Pleuritis; im Oberlappen centrale Induration von schiefergrauer Farbe, in deren Mitte verschiedene

erbsen- bis wallnussgrosse Cavernen liegen; im Mittellappen einige „haemorrhagische Knoten im Zustand der Erweichung“ (Diagnose: „Syphilitische Pneumonie“).

2. S. 114. 32jähr. Maler. Syphilis seit 8 Jahren. Gummiknoten der Zunge. Geschwür an der R. Mandel. Abmagerung. Atembeschwerden beim Gehen und geringes Hüsteln. Dämpfung V.R.O. im II. Intercostalraum. Therapie: Neundorfer Brunnen, Schwefelbäder, Jodkalium. — Gummiknoten des linken Scheitelbeins. Albuminurie und Ödeme. Tod nach wenigen Monaten.

Sektionsbefund: „In den oberen Lappen beider Lungen kleine, umschriebene Infiltrate, ohne Tuberkelbildung; die Lungen im ganzen wenig lufthaltig“. Die Spitzen der Lungen intakt. Strahlige Narben in der Leber. Nieren und Milz vergrössert. Amyloide Degeneration nicht sicher festgestellt.

3. S. 131. 48jährig. Mann. Syphilis seit 20 Jahren, ausserdem Potator. Syphil. Geschwüre im Rachen. Exostosen an beiden Schienenbeinen. Husten mit reichlichem, eitrigem Auswurf, zeitweilig blutig. V.R.O. Dämpfung und Bronchialatmen, später „Respiratio cavernosa“. Schmierkur, später KJ. Zeitweise Besserung. Nach beinahe 2 Jahren Exitus.

Sektionsbefund: Im Oberlappen der rechten Lunge 2 tiefgehende, weisse Bindegewebsnarben von $1^1/_2$ bis 2 Zoll Länge; im Mittellappen „haemorrhagische Erweichung“, im Unterlappen braune Hepatisation. Narben und Cirrhose in der Leber.

4. S. 175. 42jähr. Mann. Lues seit etwa 10 Jahren. Hyperostosen am linken Schienbein. Schuppendes Exanthem am linken Oberschenkel und am Scrotum. Seit 3 Jahren Dyspnoë und asthmatische Anfälle. Kein Husten. R.H.O. Dämpfung und abgeschwächtes Atmen. Weilbacher Brunnen und Jodkalium; darnach Besserung; später Wiederkehr der Erscheinungen. Kur in Nenndorf und Jodkalium. Fast völlige Herstellung. Starb an einem Karbunkel.

Sektionsbefund: Narbige Einziehungen an den Spitzen beider Lungen. Narbige Atrophie der L. Niere.

5. S. 281. 26jähr. Mann. Lues seit 8 J. Recidive. Cachexie. Heiserkeit, Gummiknoten der Zunge. Kurzatmigkeit, Brustschmerzen. Objectiv nihil. KJ. Besserung, dann Heiserkeit, Husten, eitriger Auswurf, Infiltration beider Spitzen, Nachtschweisse. Tod nach 7 Monat.

Sektionsbefund: R. Oberlappen derb, aber lufthaltig. Der Hilus fest, knotig „mit grauweissen Massen durchsetzt und in diesen Eiterpunkte. Das Lungengewebe in der Mitte leberähnlich; muskuläre (?) Cirrhose, fest, verschiedene haemorrhagische Knoten mit käsigem Zerfall.“ L. Lunge ähnlich. Milz und Leber „speckig“. R. Niere atrophisch.

XXXIII. Schech. Deutsches Archiv für klin. Med. 1882 Bd. 31.

1. 34jähr. Mann. Lues seit 3 J. Am Penis und Praeputium eine deprimierte Narbe. Tophus des linken Radius. Stridor bei der In- und Exspiration. L.H.O. Dämpfung von der 5. bis 8. Rippe, R.H.O. ebenfalls Dämpfung. An allen übrigen Teilen grossblasiges Rasseln. Auswurf reichlich, schleimig-blutig. Temp. 37,7—38,5°; profuse Schweisse, Husten. KJ, Weilbacher Brunnen. Inhalation von Carbollösung. Nach 3 Mon. Besserung. Im Aus-

wurf grauschwarze Gewebsfetzen. Nach mehrwöchentlichem Gebrauch von KJ schwanden sämtliche Symptome und auch der Stridor.

2. 35jähriger Mann. Lues seit 11 Jahren. Seit $1^1/_2$ J. Husten. Dyspnoe. Nächtliche Schweisse. Atmung laut pfeifend. Linke Lunge gesund. Rechts im Mittel- und Unterlappen Rasselgeräusche, in der Spitze verschärftes Vesikuläratmen. Leistendrüsen geschwollen. Am Penis Narbe. Auswurf von nekrotischen Lungengewebsfetzen. Trachealstenose. Nach Gebrauch v. 10,0 g KJ und Carbolinhalationen hört Dyspnoe auf, Husten vermindert. Nach $14 \times 4{,}0$ Ung. cin. völlige Genesung.

XXXIV. Güntz, Diagnose der Lungensyphilis am Lebenden durch gummöse Sputa bei gleichzeitiger Haemoptyse. Virchow-Hirsch's Jahrbücher 1882. S. 496.

Pat. 35 J. alt. Lues v. 5 J. Macies. Husten, Heiserkeit, Frösteln, Fieber. L.H.U. circumscripte Dämpfung mit Bronchialatmen. Rasselgeräusche. Nach Hg subcutan Besserung. $1^1/_2$ J. später Haemoptoë. L.H.U. Dämpfung erweitert. Im Sputum „nagelgliedgrosse, weisse, zähe, wie häutige, an d. Peripherie aufgefaserte, nicht ganz feste, in Wasser zum Teil schwimmende, wie schleimige Massen". „Blutkörperchen und Lungengewebe sowie Gefässe fanden sich nirgends." Verf. sah die Fragmente als „gummöse Produkte der Lunge" an.

XXXV. Michael, Monatsschrift für praktische Dermatologie I. 8. 1882 teilt 2 Fälle von Lungensyphilis mit, die beide Lungenspitzen betrafen, wo nach spezifischer Behandlung vollständige Heilung eintrat.

XXXVI. A. Sokolowski, Deutsche med. Wochenschrift 1883 No. 37—39.

1. 42j. Mann, Lues seit 16 J. Heiserkeit. Chronische Pharyngitis und Laryngitis. Ulceröse Zerstörung der Stimmbänder. Dyspnoe. Trockner, würgender Husten. Erbrechen nach jeder Mahlzeit. Kräfteverfall. Kein Fieber. V.L.O. und H.R.O. Dämpfung bis zur 3. Rippe bzw. Mitte d. Scapula. Unbestimmtes Atmen. Trocknes Rasselgeräusch; H. bronchiales Exspirium. Sublimat innerlich und als Inhalation. KJ. Merkliche Besserung. Nach 2 Mon. Verschlimmerung. Tod nach 5 Monaten.

Sektionsbefund: In der linken Lunge mehrere Gummiknoten. Im rechten Oberlappen 2 Cavernen von 4—5 bzw. 8 cm Durchmesser. Pleuritische Adhaesionen. Degeneratio amyloides hepatis, lienis, renum.

2. 47j. Beamter. Lues seit 15 Jahren. Zeitweise Knochenschmerzen. Heiserkeit. Geschwüre auf den Stimmbändern. Vorgeschrittene Entkräftung. Kein Fieber. Spärlicher eitriger Auswurf bei nicht zu häufigem Husten. Atembeschwerden seit 2 Jahren. Über beiden Lungenspitzen Dämpfung; „daselbst, besonders R.V. vernimmt man bei der Auskultation bedeutende Zerstörungen in den Lungenspitzen; cavernöse Respiration, laute Rasselgeräusche."

Sektionsbefund: „Beide Lungen etwas angewachsen. Beim Durchschnitt mehrere Cavernen verschiedener Grösse in dem oberen Lungenlappen. In dem Rest der Lungen ansehnliche, zerstreute Bindegewebsneubildung, namentlich an den Bronchien, wodurch die Lungen eine harte, faserige Consistenz besitzen. Nirgends trifft man auf lobuläre, bronchopneumonische Herde."

3. 29j. Postbeamter. Lues seit 3 J. Haemoptoë. Wachsartige Hautblässe. Kein Fieber. Husten. An beiden Lungenspitzen Dämpfung. Unbestimmte Respiration; wenig laute Rasselgeräusche. Sputum spärlich. Kräfteverfall. Tod nach $1^1/_2$ Monaten.

Sektionsbefund: Ausgedehnte Adhaesionen beider Lungen. In beiden Oberlappen Induration des Gewebes und peribronchitische Verdickungen, daneben „mehrere kleine, keinen cm messende Cavernen, inmitten dichten Lungengewebes eingelagert. In den unteren Lappen zerstreute, hart anzufühlende Entzündungsherde, in welchen auf grauem Boden eine gelbliche Masse eingelagert ist (Bronchopneumonia nodosa)." Kehlkopf und grosse Bronchien frei. Amyloid der Nieren, Leber, Milz.

XXXVII. Hiller, Charite-Annalen 1884. Bd. IX.

1. 45jähr. Dienstmädchen. Ozaena syphilitica. Perforierendes Ulcus am Septum narium. Adhaerente Narbe am linken Schulterblatt. Cachexie. Angeblich seit 1 Jahr Husten und Atembeschwerden; zunehmende Dyspnoe, später Orthopnoe und Erstickungsanfälle. Zeitweise geringe Haemoptoë. Bei der Auskultation überall scharfes Vesikuläratmen; bei der Perkussion nur hinten beiderseits, besonders rechts Dämpfung. Behandlung symptomatisch. Pat. starb wenige Tage nach der Aufnahme in einem Atemnotsanfalle.

Sektionsbefund: Zahlreiche Narben und ausgebreitete Geschwüre im Larynx, in der Trachea und in den Bronchien; hochgradige Bronchostenose, besonders an der Bifurkation. Peribronchitis und Peritracheitis fibrosa chronica. — Im linken oberen Lungenlappen kleine schieferige Indurationen; im Unterlappen interstitielle Bindegewebswucherung und fibröse Induration. — Im rechten Unterlappen totale, sehr typische, gelatinöse Infiltration und gleichfalls interstitielle Hyperplasie. Schwellung der Bronchialdrüsen. Hepatitis und Perihepatitis gummosa fibrosa. Hyperostosis cranii und Caries sicca des Scheitelbeins.

2) 52jähr. Näherin, früher puella publica. Lues seit etwa 30 Jahren. Wiederholte Recidive. Cachexie. Ozaena syphilitica. Perforation des Septum narium. Narben und Geschwüre in der Nase. Cardialgische Beschwerden: Erbrechen. Seit 2 Monaten angeblich Husten mit spärlichem Auswurf und Anfälle von Dyspnoe. Gegenwärtig continuierliche, schnell zunehmende Dyspnoe mit schnaufender, später giemender und pfeifender Exspiration. Kein Fieber. Spärlicher, schleimig-eitriger Auswurf. Schnell zunehmender Kräfteverfall. Albuminurie und Hydrops. Tod nach 4 Wochen unter tiefem Coma.

Sektionsbefund: Ausgebreitete syphilitische Ulcera und Narben an der Trachea und an den Bronchien. Erhebliche Bronchostenose, besonders an der Bifurkation, bis in die Hauptbronchien hinein. Dicke, schwielige fibröse Peritracheitis und Peribronchitis. — Grosse strahlige, weisse Narbe im rechten Oberlappen mit Deformation und Einziehung der Oberfläche. (Gelappte Lunge.) Starke interstitielle Bindegewebswucherung vom Hilus in derben Strängen ausstrahlend. Zerstreute lobuläre Verdichtungen des Parenchyms. Amyloid-Entartung der wichtigsten inneren Organe.

XXXVIII. E. Lang, Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden 1884—1886.

Bei einem 20jährigen, aus gesunder Familie stammenden Manne, der wegen eines Lungenleidens seit 3 Jahren verschiedene Therapieen durchgemacht und auch südliche Kurorte aufgesucht hatte, fasste Lang wegen seines sonst guten Aussehens Verdacht auf Lues. Links bestand Spitzendämpfung, der Auswurf war reichlich, eiterig, die Stimme heiser. Die weitere Untersuchung ergab im Septum cartilagineum nasi eine zum Teil übernarbte, zum Teil noch ulcerierende Perforation, die, ohne vom Patienten bemerkt zu werden, sich ausgebildet hatte, und zackige Geschwüre am hinteren Teile des rechten Stimmbandes. Sonst fanden sich nirgends auf Syphilis deutende Veränderungen. Eine ausgiebige syphilitische Behandlung hatte Besserung aller Erscheinungen im Gefolge.

XXXIX. L. Rethi, zur Casuistik der Lungensyphilis. Wien. med. Presse 1884 No. 52.

Pat., 41jähr., vor vielen Jahren luetisch infiziert, klagt seit kurzem über Heiserkeit, Husten, bisweilen Haemoptoë. Periostitis der Clavicula. Hautsyphilide. Über beiden Lungenspitzen Dämpfung, abgeschwächtes Atmen, verlängertes Exspirium. Über dem rechten Mittellappen Dämpfung und bronchiales Atmen. Ulcera und Narben im Larynx. Bei viermaliger Untersuchung der Sputa fand man einmal auf einem Deckgläschen Tuberkelbacillen. Diagnose: Lungensyphilis des rechten Mittellappens, Tuberkulose beider Spitzen.

Die Therapie, die in innerlicher Anwendung von KJ, Sublimatinhalationen, Emplastrum Hydrargyri lokal bestand, bestätigte die Diagnose. Es schwanden nämlich sämtliche Krankheitserscheinungen mit Ausnahme der Spitzenaffection.

XL. Gaudichier, phthisie syphilitique. Guérison. Annales de derm. et syph. II. Série. T. VI. No. 3. p. 152. Virchow-Hirsch's Jahrbücher 1885, II. 533.

Mann, 39jähr., gummöse Hautgeschwüre. Seit 23 Jahren Hyperostosen. Seit 2 Monaten Abmagerung. Husten. Kein Fieber. Keine Schweisse. Kein Haemoptoë. Sputum schleimig-eitrig, blutig gestreift. L.V.O. cavernöses Atmen, Gurgel-Plätschergeräusche, Bruit de pot fêlé. Scheinbar eine Caverne einer halben Mannsfaust. Rechts ist die Respiration etwas blasend, zerstreut krepitierende Rasselgeräusche. Otitis media non suppurativa. Die Diagnose der Syphilis ist zweifellos. Ausserdem wird noch die der Spitzentuberkulose gemacht. Pat. wird lokal behandelt und erhält täglich 4,0 KJ innerlich. Nach 14 Tagen auffallende Besserung des Allgemeinbefindens, der Hyperostosen. 40 Tage nach der Aufnahme sind an den Lungen keine pathol. Atemgeräusche mehr zu hören, nur L.H. noch eine fast unmerkbare Dämpfung. Nach weiteren 20 Tagen verlässt Pat. fast ganz geheilt das Spital. Die Behandlung zeigte, dass die Diagnose der Tub. unrichtig war und dass man es mit einer gummösen Erkrankung der Lungenspitzen zu thun hatte.

XLI. Weisberg, zur Casuistik der Lungensyphilis. Wien. med. Presse 1885, I.

Anamnese ergiebt Lues. Papeln an der Mucosa der Unterlippe, in der Wange und den Tonsillen. Prägnante Erscheinungen von Phthise. Rheumatismus in den Gelenken. Diagnose: „Lungensyphilis und Arthromeningitis syphilica" durch die Therapie aufs Glänzendste bestätigt.

Die angeführte Litteratur will ich nun durch 4 neue Fälle vermehren, von denen ich die drei ersten der Güte meines hochgeehrten Lehrers, des Herrn Geheimrat Gerhardt, den vierten der des Herrn Dr. Vonwiller in St. Gallen verdanke; es sei mir an dieser Stelle gestattet, für die freundliche Überlassung des genannten Materials meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

I.

Luise Mock. p. p. 27 Jahr alt. Aufgen. d. 30. Sept. 1886.

Anamnese: Der Vater ist infolge eines Sturzes gestorben, die Mutter lebt und ist seit längeren Jahren brustleidend. Von 5 Geschwistern sind 3 in frühester Kindheit gestorben.

Pat. soll als Kind einmal die „Abzehrung" gehabt haben, dsgl. Scharlach und Masern. Im 17. Lebensjahr menstruiert. Periode regelmässig. Im 20. Lebensjahr hat Pat. geboren; Entbindung war leicht, Kind starb, 6 Jahr alt, an einer unbekannten Krankheit. Im Jahre 1882 war Pat. in der neuen Charité wegen Fluor, aus demselben Grunde im Jahre 1884. Seit Anfang Juli 1886 ist Pat. syphilitisch und hat sich „selber behandelt". Seit dem 23. Sept. ist sie auf der Syphilis-Station. Seit 5 Jahren fortwährender Husten. Am 29. Sept. 1886 Hämoptoë geringeren Grades, am 30. Sept. abends wieder Hämoptoë. Pat. hat $^1/_4$ Speiglas vollgehustet. Abends wurde Pat. zur Station gebracht. Trotz wiederholter Untersuchung keine Tuberkelbacillen im Sputum gefunden.

Status praesens: Mittelgross gebaute Person, Nasenrücken eingesunken, vergrössert: an der Stirn reichliche Jodacne. Fauces gerötet.

Die rechte Lungenspitze zeigt hellen, vollen Schall und Vesikuläratmen. In der linken Fossa supra- und infraclavicularis fast absolute Dämpfung. Die Dämpfung erstreckt sich nach abwärts bis auf die 5. Rippe und geht dort in tympanitischen Schall über; in der linken Fossa infraclavicul. entfernt klingendes Bronchialatmen und spärliche, grossblasige, klingende Rasselgeräusche. Nach abwärts abgeschwächtes Atmen. L.H.U. spärliche Rasselgeräusche, sonst L.H. überall heller Schall und Vesikuläratmen.

Lungengrenzen: V.R.U. oberer Rand der 7. Rippe, H.U. beiderseits Proc. spin. des 11. Brustwirbels.

Herzdämpfung: Oberer Rand der 4. Rippe. Spitzenstoss im 5. und 6. Interkostalraum, etwas einwärts von der Papillarlinie.

Herztöne: An der Herzbasis ein leichtes systolisches Geräusch. 2. Aorten- und Pulmonalton deutlich verstärkt. Sonst reine Töne.

Abdomen: Weich, leicht eindrückbar. In der Medianlinie über der Leber bei der Palpation Empfindlichkeit.

Leberdämpfung: In der Medianlinie bis auf 2 Finger Breite an den Nabel heranreichend, in der Papillarlinie den unteren Rippenbogen um 2 Finger Breite überschreitend.

Milzdämpfung nicht deutlich abgrenzbar.

Sputum: Mehrere Esslöffel voll, rein blutig, darin bei sorgfältiger Untersuchung von 12 Präp. keine Tuberkelbacillen.

Temperatur morgens 9 Uhr 37,5°. Puls 128.

1. 10. 9 Uhr früh Puls 88. Temp. 38,0°.

2. 10. Ung. Hydrarg. cin. zur Einreibung ordiniert. An der Herzspitze gespaltener erster Ton, 2. Pulmonalton verstärkt.

3. 10. Liq. ferri sesquichlor. 5,0,
Aqua dest. 15,0,
3 mal täglich 20 Tropfen.

4. 10. Pat. wiegt 42 Kilo.

5. 10. Das Sputum ist schleimig-eitrig und blutig und zwar ist der Schleim mit dem Blut innig vermischt, so dass das Sputum stellenweise ein himbeergeleeartiges Aussehen hat.

Rhinoskopischer Befund: Der ganze weiche Gaumen und die hintere Partie der Uvula zerklüftet, die Geschwürsfläche sieht gereinigt aus. Die Choanen sind der Spiegelung unzugänglich wegen zu grosser Näherung der Gaumenbögen an die hintere Pharynxwand. Pat. hatte gegen Mittag mässig reichliches Nasenbluten, welches ganz von selbst kam.

6. 10. L.V. in der Fossa infraclavicularis ganz dichtes kleinblasiges Rasseln, welches das Atmungsgeräusch ganz verdeckt.

7. 10. R.H.U. Dämpfung bis fast zum angulus scapulae reichend; daselbst einzelne mittelblasige Rasselgeräusche. Die Rachengeschwüre reinigen sich.

9. 10. Subjektives Befinden gut.

10. 10. Temperaturerhöhung auf 38,3°. Puls 104.

11. 10. Sol. kal. jod. 2,5 : 200,0, 2 stündlich 1 Esslöffel.

Laryngoskopischer Befund: Die Stimmbänder sind eigentümlich trocken, glanzlos und uneben; ihr freier Rand ist glatt und erscheint nur hier und da durch aufliegendes Secret verändert. Die Schleimhaut der Aryknorpel ist geschwollen und gerötet und zeigt eine Anzahl leicht gebogener weisslicher Streifen, die sich ausnehmen wie die Ränder ganz oberflächlicher Epithelverluste. Ganz ähnliche, jedoch intensivere weisse Linien und Streifen zeigt die Mucosa der vorderen Larynxwand und der Trachea. Die erstere erscheint dadurch uneben. An der Trachea ist sehr schwer zu unterscheiden zwischen Epithelverdichtung und Schleimauflagerung.

12. 10. Pat. hat noch immer ziemlich frequenten und kleinen Puls. Körpergewicht 43 Kilo.

13. 10. Im Gesicht ist wieder eine deutliche Jodacne aufgetreten. Pat. fiebert. Abends 9 Uhr Temp. 38,0°. Puls 136.

14. 10. Pat. klagt über wehenartige Schmerzen im Kreuz. Die Menses sollen seit 3 Monaten cessieren.

Gynäkologischer Befund: Der Uterus ist in mässigem Grade vergrössert. Portio sieht leicht nach links. Im L. Parametrium ein leichter Strang. Ectropium orificii uteri. Mm. für die Fingerkuppe kaum eindrückbar. Pulv. Doweri 0,5. Nachm. 6 Uhr Temp. 39,4°. Puls 136.

15. 10. Keine Schmerzen mehr. Nm. 9 Uhr Temp. 38,2°. Puls 108.

18. 10. Körpergewicht 45 Kilo. Nm. 9 Uhr Temp. 37,6°. Puls 96.

23. 10. Morgens 9 Uhr Temp. 37,5°. Puls 108. Laryngoskopischer Befund: Aryknorpel und aryepiglottische Falte stark geschwollen und gerötet. Kein Ulcus mehr zu sehen.

28. 10. Epitheltrübungen über den Aryknorpel sind nicht mehr vorhanden, dagegen finden sich derartige an der Vorderfläche der hinteren Larynxwand, sowie am r. Stimmband. Die Stimmbänder sind in ihrer vorderen Hälfte im leichteren Grade gerötet und von abnormer Trockenheit.

30. 10. Milzdämpfung vorhanden. H.O. zeigt die linke Lungenspitze keine Dämpfung. Menses wieder eingetreten. Temp. normal.

31. 10. Pat. hat angeblich seit 3 Monaten mitunter auf dem rechten Ohre Sausen, Brummen, Stechen gehabt infolge eines Falles auf das rechte Ohr. Dadurch wurde das Gehör auch abgeschwächt. Pat. bemerkt Eiter im äusseren Gehörgang seit 1 Uhr; seitdem läuft das rechte Ohr continuierlich. Perforation des Trommelfells im vorderen unteren Quadranten. Ordination: 2 malige Ausspritzung mit Borlösung. Temp. normal.

1. 11. Rhinoskopischer Befund: Schleimhaut des Septum narium und der Muscheln (mittlere und untere) ist noch lebhaft gerötet und uneben. Ulcera sind nicht mehr zu konstatieren. Im linken Nasenloch ist die Schleimhaut grossenteils mit Blutgerinnsel bedeckt. Körpergewicht 47½ Kilo.

5. 11. Inunktionskur ausgesetzt. (Im ganzen 33 mal geschmiert.) Die Ulcera des Pharynx sind total vernarbt mit Ausnahme einiger kleiner Granulationen am Palatum molle.

1. 11. Laryngoskopischer Befund: Die Stimmbänder sind uneben und von eigentümlich mattem Glanze; der freie Rand ist abgerundet. Zwischen beiden Aryknorpeln eine hervorspringende Zacke, von der es nicht deutlich zu sagen ist, ob sie aus zähem Schleim besteht oder ob sie der eine Rand eines Ulcus ist.

8. 11. Ausspritzung fortgesetzt. Das Ohrenlaufen hat etwas nachgelassen, doch hat sich eine kleine Granulation gebildet, die die Perforation etwas verdeckt. Die Schmerzen gänzlich verschwunden, das Hörvermögen ist besser geworden.

9. 11. Ordination: Kal. jod. Körpergewicht 49 Kilo. Pat. hat in ihrem Ernährungszustand bedeutend zugenommen. Die Dämpfung in der linken Lungenspitze hat sich bedeutend aufgehellt. In der linken Fossa clavicularis tympanitischer, wenig gedämpfter Schall, der nach abwärts von der 3. Rippe einer intensiveren Dämpfung Platz macht. Nach abwärts von der 6. Rippe geht dieselbe nach auswärts von der Mammillarlinie in hohen tympanitischen Magenschall über. Die obere Grenze der Herzdämpfung findet sich im 3. Interkostalraum, der äussere Rand der Herzdämpfung ist nicht mit Sicherheit zu constatieren. R.H.U. steht die Lungengrenze noch etwas höher als links. In den Fossae supra- und infraspinatae beiderseits gleich heller Schall. In der linken Fossa supra- und infraclavicularis verschärftes Vesikuläratmen und mässig zahlreiche, nicht klingende Rasselgeräusche; sonst überall normales Vesikuläratmen und keine Rasselgeräusche.

Die Leberdämpfung ist noch immer so gross wie beim Eintritt; der untere Rand der Leber ist abgerundet und derb palpabel. Milz nicht vergrössert. Pat. hustet zwar noch, aber trocken und hat keinen Auswurf. Stimme heiser.

11. 11. Laryngoskopischer Befund: Pat. zeigt zunehmende Heiserkeit, bei Phonation legen sich die Stimmbänder zusammen, beide bis zur Mittellinie, dann reicht das linke wieder nach auswärts und macht kleine zuckende Bewegungen. Beide Stimmbänder zeigen eine leicht nach innen konvexe Ausbuchtung, der früher erwähnte Zapfen der hinteren Larynxwand ist nicht mehr vorhanden.

17. 11. Körpergewicht $50^1/_2$ Kilo. Die Stimmbänder sind immer noch uneben; eine Bewegungsstörung nicht mehr vorhanden. Perforation im rechten Ohr geschlossen. Erosionen an der Muttermundlippe fast vollständig geheilt. Noch immer Fluor aus dem Cervikalkanal.

19. 11. Ernährungszustand hat sich bedeutend gebessert; Fettreichtum ziemlich beträchtlich, Hautfarbe gerötet. Nase nicht stärker eingesunken als beim Eintritt. Bei tiefer Respiration bewegt sich die rechte Brusthälfte etwas mehr als die linke. Brustumfang in der Höhe der 2. Rippe: L. 41 cm, R. 43 cm, in der Höhe des Proc. xiphoides: L. 41 cm, R. 42 cm. In der Höhe der 3. Rippe bei tiefster Inspiration L. keine Erweiterung, R. ebensowenig. Auch in der Höhe des Proc. xiphoides beträgt die Erweiterung des ganzen Thoraxumfanges nur 1 m. Vorwiegend diaphragmales Atmen. Perkussion: Links am Rücken im medialen Teil der Fossa supraspinata höherer Schall als rechts, mit leisem tympanitischen Beiklang. Beide untere Lungengrenzen stehen gleich hoch am 11. Proc. spin.: überall heller Schall und Vesikuläratmen. In der Fossa supraclavicularis ist der Schall beiderseits gleich hoch. In der Fossa infraclavicularis links geringe Dämpfung und höherer Perkussionsschall als rechts. Die Dämpfung bleibt bestehen bis zum unteren Rand der 4. Rippe, wo sie in eine intensive Dämpfung übergeht. Die letztere begrenzt sich nach der Seite durch die vordere Axillarlinie und reicht nach abwärts bis zum unteren Rand der 5. Rippe in der Mammillarlinie, bis zum oberen Rand der 6. Rippe in der Medianlinie. Daselbst Übergang in tympanitischen Magenschall, Herzdämpfung mit inbegriffen. Die ganze Dämpfung wird rechts begrenzt durch eine der linken Parasternallinie parallel und 1 Finger breit nach links von derselben verlaufende Linie. R.U. Lungengrenze liegt in der rechten Parasternallinie am unteren Rand der 6. Rippe. Milzdämpfung schmal. Leberdämpfung reicht in der Mittellinie 2 Finger breit oberhalb des Nabels, in der rechten Papillarlinie bis 3 Finger breit unterhalb des Rippenbogens.

Spitzenstoss im 5. Interkostalraum etwas ausserhalb der Papillarlinie. Pulsation der Pulmonalis im 2. linken Interkostalraum zu fühlen. Auch bei rechter Seitenlage wird der rechte Rand der Herzdämpfung garnicht verändert. 2. Pulmonalton sehr deutlich zu hören, sein Schall pflanzt sich weit nach rechts fort. Im Bereich der Dämpfung L. O. ist der Pectoralfremitus abgeschwächt.

Am 24. Febr. 1888 zeigte Pat. bei einer gelegentlichen Untersuchung, dass die Einsenkung der kranken Seite zwar noch deutlich war, aber nicht so ausgeprägt wie früher. Die ganze Vorderseite der Lunge ergab noch intensive Dämpfung, welche nicht gestattete, die Herzdämpfung abzugrenzen. Am oberen Rand der 6. Rippe in der linken Mammillarlinie ging die Dämpfung über

in den tympanitischen Schall des Magens. In der linken Fossa infraclavicularis ausgeprägter Wintrich'scher Schallwechsel. Der Perkussionsschall ist höher beim Aufsitzen als bei liegender Lage der Pat. Bronchialatmen im ganzen Bereich der Dämpfung, jedoch am schärfsten in der linken Fossa infraclavicularis. Nur ganz vereinzelte Rasselgeräusche an letzterer Stelle. Über der Dämpfung verschärfter Pectoralfremitus. An der hinteren Seite der linken Lunge überall normaler Perkussionsschall und Vesikuläratmen. Pat. befindet sich gegenwärtig, nachdem sie vor kurzem wegen syphilitischer Lebererkrankung eine Merkurialkur überstanden hat, ziemlich gut. Kein Husten, kein Auswurf.

II.

Johanna Heitling. p. p. Corrigenda. 28 J. alt.
Aufgen. 7. I. 87.

Anamnese: Die Eltern der Pat. leben und sind stets gesund gewesen. Ein Bruder ist in sehr frühem Alter gestorben, sonst hat Pat. keine Geschwister. Pat. hat als Kind die Masern und Scharlach, sowie einmal sehr heftig „entzündete Augen" gehabt. Als junges Mädchen war Pat., die bis zum 17. Jahre bei ihren Eltern auf dem Lande lebte, ganz gesund; sie hatte damals viel Feldarbeit zu verrichten. Vom 17.—20. Jahr war Pat. in Berlin als Dienstmädchen in Stellung. Im 20. Lebensjahr wurde Pat. zum ersten Mal menstruiert; die Periode war unregelmässig, setzte oft einige Monate aus, war stets spärlich und mit Schmerzen verknüpft. N. B. Die weiteren Angaben der Pat. scheinen nicht in allen Stücken zuverlässig; Pat. sucht sichtlich einige Dinge zu verheimlichen, spricht sich wenigstens sehr reserviert und zaghaft darüber aus. Bei einigen Fragen versagt sie, mit dem Hinweis auf ihre grosse Mattigkeit, besonders ihre „Kopfschwäche", eine präzise Antwort. Bei tiefer dringenden Fragen über die Zeit und die näheren Verhältnisse einer event. Infektion bleibt Pat. die Antwort schuldig. Durch den Verkehr mit einem unter sittenpolizeilicher Kontrolle stehenden Mädchen sei sie dann selbst 1882 „unter Sitte" gekommen. Pat. will bis dahin stets gesund gewesen sein. Nach Aussage eines ihr bekannten Sittenmädchens soll sie damals thatsächlich „fast blühend" gesund und kräftig ausgesehen haben, nur habe sie zeitweise Anfälle von Husten, Brust- und Halsschmerzen leichteren Grades gehabt, die jedoch niemals irgendwelche Beachtung gefunden hätten. Pat. hat damals ein sehr ausschweifendes Leben geführt, hat gut, aber unregelmässig gegessen, viel Wein und viel Bier getrunken, stets sehr viel Zucker und Süssigkeiten gegessen, wie sie sich denn in der Anstalt sofort hat Zucker besorgen lassen. Wegen „Aufreibung" wurde Pat. kurz nacheinander 2 mal zur neuen Charité geschickt, wo sie nur mit Jodoformpulver behandelt sein will (Lues negatur, ebenso Entbindung oder Abort). Infolge ihres schlechten, unregelmässigen Lebenswandels will Pat. schon vor 3 Jahren etwas matter, magerer und elender geworden sein, aber nie eigentlich krank gewesen sein. Am 16. Juni 1885 wurde Pat. wieder wegen Erosionen zur neuen Charité geschickt (mit der Weisung, sie nicht zu früh zu entlassen!). Nach Heilung ihrer Geschlechtskrankheit blieb Pat. „wegen ihrer körperlichen Schwäche und Abgezehrtheit"

auf Anraten des Arztes noch längere Zeit, bis zum 17. März 1886 auf der Station. Bei ihrer Entlassung wurde sie sofort polizeilich festgenommen und dem Arbeitshaus in Rummelsburg übergeben. Hier hat sie in der ersten Zeit trotz ihres körperlichen Schwächezustandes viel arbeiten (Maschine nähen) müssen, bis sie sich nach kurzer Zeit so elend fühlte, dass sie im dortigen Hospital dauernd bettlägerig wurde. Seit 9 Monaten bestehen positive Anzeichen einer Erkrankung: Leichte und stärkere Schmerzen in der rechten Brustseite, zuweilen Stiche daselbst, beständige Diarrhoe, starkes Durstgefühl, häufige Kopfschmerzen, ausserordentliche Mattigkeit und Schwäche, fortschreitende „Abzehrung". Seit 3 Wochen leichter, nicht quälender Husten und viel dickschleimiger Auswurf, der zum Teil auch vom Magen herrührte. Am 7. I. 87 wurde Pat. wegen Tuberkulose der Anstalt zugeführt.

8. I. Ab. 9 Uhr T. 38,1° P. 104.

Status praesens vom 10. 1. 87.

Pat. ist von gracilem Knochenbau und äusserster Abmagerung, und zwar ist nicht nur die Muskulatur hochgradig geschwunden, sondern auch anscheinend total das Fettgewebe. Grosse Blässe der Haut. Pupillen sehr eng. Ophthalmoskopischer Befund: Blässe der Retina, sonst normal. Aromatischer Geruch des Atems. Zunge gerötet, kann nicht herausgestreckt werden, ist mit zahlreichen Soorplaques bedeckt. Fauces normal. Laryngoskopischer Befund: Larynxschleimhaut blass, Beweglichkeit der Stimmbänder normal, kein Ulcus. Thorax schmal, symmetrisch. Interkostalräume eingesunken, Thorax wird bei der Inspiration gleichmässig ausgedehnt. Pithyriasis tabescentium. R.H.O. steht die Lungenspitze etwas tiefer als links. In der Fossa supraspinata links ist der Schall etwas kürzer als rechts, ebenso in der Fossa infraclavicularis etwas gedämpft. Lungengrenze R.V.U. am untern Rand der 6. Rippe, H.U. beiderseits am 11. Brustwirbel.

In der Fossa infraclavicularis rechts, nahe dem Sternum, bronchiales Exspirium und vereinzelte, nicht klingende, knackende Rasselgeräusche. Auch in der linken Fossa infraclavicularis verlängertes und verschärftes Exspirium und einzelne trockene Rasselgeräusche. Beiderseits H.U. vereinzelte nicht klingende Rasselgeräusche. Mit Ausnahme der erwähnten Stellen an den Lungenspitzen überall heller Perkussionsschall und vesikuläres Atmen. Herzdämpfung beginnt auf der vierten Rippe am linken Sternalrande, reicht nach aussen bis zur Parasternallinie. Spitzenstoss im 4. Intercostalraum, nach einwärts von der Mammilla. Erster Ton an der Herzspitze rein, nach einer kurzen Pause folgt ein systolisches Geräusch, welches mit dem verstärkten und gespaltenen 2. Ton endet. II. Pulmonalton verstärkt. Abdomen im Verhältnis zur sonstigen Abmagerung auffallend stark gewölbt, sehr gespannt, nicht druckempfindlich. Leberdämpfung reicht in der rechten Mammillarlinie bis 1 Finger breit oberhalb des Rippenbogens, in der Mittellinie bis 1 Finger breit unterhalb der Spitze des Proc. xiphoides. Milzdämpfung nicht vergrössert. Oedem der Fussrücken. Die kleinen Labien etwas gerötet und geschwollen; an der Innenfläche derselben kleine Soorbeläge. Gynäkologischer Befund: Portio zeigt eine runde, sehr kleine Oeffnung. Das vordere Scheidengewölbe ist völlig verstrichen. Die Scheide ist sehr kurz, Palpation derselben nicht empfindlich.

Rectum sehr weit. Schleimhaut glatt, zeigt nirgends athologische Beschaffenheit.

Nm. 6. Temp. 37,6° P. 88.

Körpergewicht 32,5 Kilo.

Es besteht Durchfall. Ordination: Extr. opii 0,03, Sacch. lactis 0,5, 2—3stündl. 1 Pulver.

Pat. erbricht beim Einnehmen von Kaffee und später des Opiumpulvers.

Ordination: Tinct opii simpl. 1,5
Mixt. gummos. 200,0
2stündl. 1 Esslöffel.

Auswurf sehr gering, schleimig-schäumig, wird zum Teil durch Würgbewegungen entleert.

Bei der ersten Untersuchung Tuberkelbacillen nicht gefunden.

12./1. Beiderseits Kniephänomen vorhanden.

13./1. Pat. hat Vorm. einen ½ stündigen kollapsartigen Anfall mit leichtem Delirium (Delirium ex inanitione). Pat. war nicht bei Besinnung, stöhnte und schrie laut auf, verdrehte die Augen, verkannte die Umstehenden, sprach in zusammenhangsloser Weise, klagt viel über ihren Kopf Nachher status idem.

16./1. In dem Befinden ist seit vorgestern keine Änderung eingetreten. Mixt. opiata ausgesetzt wegen Erbrechens.

17./1. Opiumtanninpulver ordiniert.

Pat. lässt nach dem Aussetzen der Opiummixtur Stuhl permanent unter sich, vermag denselben auch nicht kurze Zeit hindurch zu halten. In dem Befinden keine Änderung.

In der linken Regio iliaca eine an das Os ilei angrenzende Dämpfung. Starker aromatischer Geruch am ganzen Körper.

19.—21./1. Pat. kommt sichtlich immer mehr herunter, sieht immer schlechter und elender aus, lässt Stuhl und Urin unter sich, vermag sich vor Schwäche fast gar nicht zu bewegen.

22./1. Vorm. 3½ Uhr Exitus letalis.

Sektion vom 22./1. Dr. Israel.

Sehr abgemagerte, weibliche Leiche. Ödeme der Unterschenkel, besonders in der Knöchelgegend.

Das Herz sehr klein, leicht braun gefärbt, die linke Lunge durch alte Adhaesionen mit der Pleura costalis verwachsen. Im vorderen Teil des Oberlappens mehrere unregelmässig verdichtete Partieen von Hasel- bis Wallnussgrösse. Das Gewebe erscheint stellenweise gleichmässig weiss, ohne deutliche Alveolarzeichnung. Stellenweise Verkäsung. Mehrere dieser Herde sind central erweicht.

In der rechten Lunge, welche weniger fest verwachsen ist, gleichfalls vereinzelte bis haselnussgrosse Knoten von teils derber, teils markiger Beschaffenheit.

In den Bronchien weiche Massen. Der Zungengrund ausserordentlich glatt, misslich gefärbt.

Die Milz in ihrer ganzen Oberfläche mit den Nachbarteilen verwachsen, ist erheblich vergrössert, sehr derb, zeigt exquisites Amyloid der Follikel.

Nieren klein. An der Oberfläche zahlreiche, kleinsteNarben. Amyloid der Arteriolae rectae der Marksubstanz.

Die linke Hälfte des kleinen Beckens wird eingenommen durch eine mit kotigem Inhalt gefüllte Abscesshöhle.

Die Flexura sigmoida und die untere Ileumschlinge sind mit dem Abscess verwachsen und communicieren durch schmale Fisteln mit ihm. Dagegen führt eine grössere Oeffnung aus dem Abscess ins Rectum, welches von derben Schwielen umgeben in der Ausdehnung etwa einer Hand breit 8 cm oberhalb des Anus beginnt und ulceriert ist. In der Blase, deren Schleimhaut ödematös ist, ein rundes, in der Vernarbung begriffenes Ulcus gegenüber der Mündung der Urethra.

Starkes Amyloid der Darmschleimhaut.

Im Jejunum ein Rinderbandwurm.

Anatom. Diagnose:

Syphilis constitutionalis. Phthisis pulmonum gummosa. Bronchitis chronica. Atrophia laevis linguae. Atrophia fusca myocardii. Ulcus syphiliticum recti. Paraproctitis fibrosa. Fistulae rectointestinales. Ulcus vesicae. Taenia saginata. Ulcus syph. (?). Jejuni cicatrices renum. Degeneratio amyloides lienis, renum, hepatis et intestinarum. Macies universalis.

III.

Bertha Schidun, Bauersfrau, 47 J. Aufgen. 30. 6. 1887.

Anamnese: Die Mutter der Pat. starb an einer inneren Verletzung, der Vater an einer Bauchfellentzündung, eine Schwester an Kopfrose, ein Bruder an Schwindsucht. 2 Brüder sind am Leben und gesund. Der Mann der Pat. ist durch einen Unfall erblindet, sonst durchaus gesund und will namentlich nie Hautausschläge gehabt haben. Das erste Kind der Pat. ist jetzt 24 J. alt und vollkommen gesund; das zweite Kind starb sehr jung an Keuchhusten. Pat. nahm darauf ein fremdes Kind an die Brust, nahm es aber sofort ab, als sie am 8. Tage hörte, dass die Mutter desselben syphilitisch sei; einmal abortierte sie; später hat Pat. keine gesunden Kinder mehr geboren. 2 Kinder, die lebend geboren wurden, starben an unbekannter Krankheit sehr früh, obwohl sie von der Mutter selbst genährt wurden.

2 Jahre, nachdem Pat. das angeblich kranke, fremde Kind gestillt hatte, vor nunmehr 13 Jahren, bekam Pat. einen Hautausschlag, dessen Narben am L. Ellenbogen noch besonders deutlich zu sehen sind. Der Ausschlag heilte unter Behandlung mit KJ. Vor 3 Jahren erkrankte Pat. von neuem mit Gelenkschmerzen und Atembeschwerden. Prof. Gluck verordnete eine Schmierkur mit grauer Salbe, welche die Pat. so lange fortsetzte, bis Stomatitis eintrat mit Ausfallen der Zähne. Die Atembeschwerden liessen wohl nach, hörten aber nie ganz auf und nahmen in den letzten 14 Tagen erheblich zu. Erste Menses mit 13 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen. Seit 5 Jahren Menopause. Das rechte Auge der Pat. wurde von Schöler 1878 aus unbekannter Ursache enukleiert. Nachträglich wurde durch den Mann der Pat. festgestellt, dass das Kind, welches die Pat. gestillt hat, Geschwüre am Mund und After hatte. Der Hautausschlag, den Pat. vor 13 Jahren hatte, bestand in Beulen, die aufbrachen, einige Zeit Eiter secernierten und dann unter Bildung von Borken heilten.

2. VII. Status praesens:

Pat. ist von mittlerer Körpergrösse, gracilem Knochenbau, geringer Muskulatur, atrophischem Fettpolster; sie sieht über

ihre Jahre gealtert aus, die Haut ist dünn, runzelig, an den Wangen circumscript durch ectatische Venen gerötet. Haare zum Teil ergraut, spärlich, auf dem Scheitel einige, ziemlich umfängliche, leicht vertiefte Narben, welche jedoch dem Knochen nicht adhärieren. Letzterer an der Stelle der Narben leicht uneben. Der R. Bulbus fehlt; es besteht daselbst eine geringe Eiterung der restierenden Conjunctiva. L. Pupille mittelweit, reagiert prompt auf Lichteinfall, Bewegungen des Bulbus frei. Zunge nur wenig belegt. Der weiche Gaumen ist zum grössten Teil ulcerativ zerstört: von der Uvula ist nur ein kleiner polypöser Wulst übrig geblieben. Die hintere Rachenwand zeigt ein strahliges, narbiges Aussehen. Zähne defect. Pat. zeigt hochgradige Dyspnoë u. z. erscheint die Exspiration ebenso stark beeinflusst wie die Inspiration. Bei letzterer findet ein starkes Einziehen der Fossae supraclaviculares et jugulares statt, sowie der Interkostalräume beiderseits und des linken Rippenbogens; der rechte Rippenbogen bleibt stehen. Bei jeder Inspiration steigt der Larynx um mehr als 1 cm nach abwärts, Pat. hält den Kopf ganz gerade, weder nach vorn noch nach hinten gebeugt. In den Fossae supra- et infraclaviculares rechterseits ist der Schall gedämpft und leicht tympanitisch. Diese Dämpfung geht auf der 4. Rippe in eine absolute Dämpfung über, welche vom Sternum bis zur mittleren Axillarlinie reicht und dort wieder etwas heller wird. Am Rücken findet sich in der rechten Fossa supra- et infraspinata eine leichte Dämpfung, die nach unten zu sich aufhellt. R.H.U. findet sich eine Dämpfung, die nach aussen zu ansteigt und intensiver wird, in der Axillarlinie 3 Finger breit ist und nach vorn in erwähnte Dämpfung übergeht. Lauter exspiratorischer und inspiratorischer Stridor, letzterer lauter und höher. Die rechte Thoraxhälfte scheint in den unteren Abschnitten stärker gewölbt als die linke, die Intercostalräume verstrichen. Brustumfang Höhe der 2. Rippe R. 39, L. 36, am Processus xiphoides R. 41,5, L. 37 cm. Über der L. Lunge überall heller Schall. Die Auskultation über der R. Lunge ergiebt H. O. bis herab zum angulus scapulae ein hohes pfeifendes Stenosengeräusch, neben leiser vesikulärer Atmung, von da nach abwärts Bronchialatmen. Während sich R.H.O. nur spärliche, trockne Rasselgeräusche finden, sind R.H.U. feinste, zahlreiche, klingende Rasselgeräusche zu hören. R.V.O. lautes, rauhes Vesikuläratmen, R.V.U. rauhes, knarrendes Rasselgeräusch, bisweilen ein hoher metallischer Beiklang. Die Lebergegend zeigt eine Reihe von Hauthämorrhagieen und Pigmentflecken, welche von alten Pflastern erzeugt sind. Das R. Hypochondrium ist angeschwollen, der untere Leberrand steht in der R. Mammillarlinie, 2 Finger breit tiefer als der Rippenbogen, in der Mittellinie ebensoviel höher als der Nabel. Die Gegend der Leber ist druckempfindlich. Milzdämpfung vergrössert, 6 ½ cm breit. Spitzenstoss in der Mammillarlinie im 6. Intercostalraum. Herzdämpfung: oberer Rand: der vierte Intercostalraum. R. nicht deutlich abgrenzbar. An der Herzspitze ein gespaltener erster Ton, dumpfer zweiter Ton; Herzaktion sehr unregelmässig und frequent, bisweilen pericarditisches Reiben. 2. Pulmonalton verstärkt. R. V. U. ein trocknes Geräusch (Rassel- oder Reibegeräusch ?). Temp. 39,2°; Puls 120; Respiration 32.

3. 7. Ordin: Tct. Quebracho. Pat. befindet sich heute besser. Drei rein schleimige gelbgrüne (pneumonische) Sputa.

4. 7. Laryngoskopischer Befund. Die Schleimhaut und Form des Kehldeckels ist von normaler Beschaffenheit. Auf der Hinterseite der Aryknorpel befindet sich ein feiner, schleierartiger, netzförmiger, weisser Belag. Die Stimmbänder sind leicht gerötet und verdickt, ihre Beweglichkeit bei Respiration und Phonation normal. Bei letzterer legen sich die falschen Stimmbänder fast vollständig an die normalen an. Bei vorübergeneigtem Kopf sieht man in der Tiefe der Trachea, offenbar kurz oberhalb der Bifurkation eine stenosierte Stelle von nicht ganz regelmässigem Verlauf mit weissen, narbig glänzenden, scharfen Rändern. Von dieser Stenose aus erstrecken sich noch einige Narbenzüge bis nach oben aus, und man erkennt an der vorderen Trachealwand bis kurz an den unteren Rand der Cartilago thyreoidea weissliche Narbenzüge. Bei jeder Inspiration verengert sich die erwähnte Stenose um ein leichtes. Die Enge der Stenose beträgt nicht ganz den Umfang eines dünnen Bleistiftes.

5. 7. T. 38,0. P. 90. R. 40.

Ordin.: Ung. cin. 2,0 täglich. Im Sputum finden sich heute pneumonische Beimengungen nicht mehr. 24stündige Harnmenge 350 ccm. Spez. Gew. 1024. Harn reagiert sauer, enthält eine Spur von Eiweiss. Ordin.: Decoct. cort. Chinae 10,0 : 150,0, Kal. acet. 15,0, Syrup. simpl. 30,0 3mal täglich 1 Esslöffel. Sol. Kal. chlor. 30,0 : 1000,0.

Abends: Etwas hinter der Axillarlinie wird im 5. Interkostalraum eine Probepunktion gemacht, welche ein trübes Exsudat entleert. Dasselbe enthält reichlich Streptokokken. (Prof. Ehrlich.)

6. 7. T. 37,4°. An der Stelle der Probepunktion zeigt sich die Haut in etwa handflächengrosser Ausdehnung ödematös und gerötet. Mit dem Dieulafoye'schen Apparat wird der Versuch einer Punktion gemacht, jedoch entleert sich nur eine ganz geringe Menge trüber, mit weissen Flecken untermischter Flüssigkeit.

7. 7. An der Punktionsstelle ist die Haut, soweit sie gestern gerötet und geschwollen war, zum Teil in Blasen abgehoben, zum Teil stärker gerötet. Die Rötung hat sich scharf abgegrenzt von der übrigen Haut, die Grenze der Rötung ist gezackt. Die Pat. befindet sich subjektiv ziemlich gut. Kein Fieber.

8. 7. R.V.U. reichliches, feuchtes, klingendes Rasseln und tympanitischer Perkussionsschall, der am ausgesprochensten in der Mammillarlinie ist. R.H.U. kurz unterhalb des Angulus scapulae im Bereich der früher notierten Dämpfung befindet sich eine über handgrosse Vorwölbung, deren Entstehung auf die Probepunktion zurückgeführt werden muss. Die Dicke ist gegenwärtig 2—3 cm; die Haut über der Vorwölbung ist erysipelatös gerötet; es finden sich mehrere mit Serum gefüllte Blasen. Die Anschwellung ist auf Druck schmerzhaft. Abends ist Pat. sehr unruhig, deliriert; Morphium 0,01.

9. 7. In der vergangenen Nacht bekam Pat. einen Kollapsanfall. Unter Schweissausbruch Exacerbation von 36,5° auf 39,5°. Die Respiration war sehr unregelmässig, beschleunigt und angestrengt. Radialpuls war nur undeutlich zu fühlen, nicht zu zählen. Die Herzaktion war ebenfalls ausserordentlich unregelmässig und

sehr beschleunigt. Bei der Auskultation sind deutlich Reibegeräusche zu hören. Pat. ist benommen. Oleum camphor. 2,0.

Vormittags 10 Uhr war die Pulsfrequenz bedeutend geringer (90), die Herzaktion regelmässig, die Atmung gleichmässiger und weniger angestrengt. Pat. giebt auf Befragen ziemlich richtige Antworten und deliriert nicht mehr. Nahrung nimmt sie gut zu sich. Das Sputum enthält seit gestern dicke Klumpen und Ballen von ungewöhnlicher Ausdehnung; nach dem Aushusten bedeutende Erleichterung. Abends fieberfrei.

10. 7. R.H.U. ausgeprägtes Bronchialatmen bis zum angulus scapulae.

11. 7. Pat. klagt über Schmerzen in der R. Seite. Kein Fieber.

12. 7. Ödem des rechten Armes. Der Abscess in der R. Seite, über welchem die Haut nicht mehr gerötet ist, wird incidiert; es entleert sich dünnflüssiger, nicht übelriechender Eiter in geringer Menge. Ausspülen mit Salicylsäure. Bei längerem Drücken kommt von neuem Eiter.

14. 7. Kein Fieber. Urinmenge 1100, spez. Gew. 1020. Das Sputum zeigt keine pneumonischen Eigenschaften mehr, sondern ist vielmehr schleimig-eitrig. Verbandwechsel. Bei demselben entleert sich R.H.U. ein dünner Eiter in geringer Quantität.

15. 7. Morgens 1 Uhr Exitus letalis.

Sektion 16. VII. 87. Dr. Hansemann. Stark abgemagerte weibl. Leiche, bräunlich kachektische Hautfarbe. Zwerchfellsstand R. unterer Rand der 5. Rippe, L. oberer Rand derselben. Bei der Eröffnung des Thorax entleert sich aus der R. Pleurahöhle aus dem mittl. Teil eine eitrige, aus dem oberen eine rein seröse, aus dem unteren eine eitrig-seröse Flüssigkeit. Die L. Pleura zeigt einige lose Adhäsionen; die rechte Pleura ist in mehreren Partieen fest mit einander verwachsen, sodass die untere Höhle entstanden ist, in der sich die eitrig-seröse Flüssigkeit befindet, wodurch der untere Lungenlappen vollständig comprimiert ist. In der Mitte findet sich ein kleiner Sack mit rein eitriger Flüssigkeit. Dieser Sack zieht sich ins Mediastinum hinein und überdeckt teilweise den Herzbeutel. Die Blätter des Pericard sind durch fibrinöse Massen mit einander verklebt. Flüssigkeit findet sich in der Pericardialhöhle nicht. Musculatur des Herzens ausserordentlich schlaff, braun gefärbt und stark verfettet. Endocard ohne wesentliche Veränderungen. Nasenrachenraum durch Verwachsungen vollständig abgesperrt, in der Trachea zahlreiche, das Lumen stark verändernde Narben, die bis unter die Bifurkation herabreichen. In der R. Lunge mehrere grössere, zahlreiche kleine Abscesse, von denen einige bis an die Oberfläche reichen, aber nicht direkt perforiert sind. Im übrigen ist das Lungengewebe stark ödematös.

Die Milz ist mit der Umgebung fest verwachsen, Kapsel stark vascularisiert, auf dem Durchschnitt zeigt die Milz ein sehr buntes Aussehen; die Pulpa ist ziemlich dunkel, durchzogen von dicken fibrösen Strängen, im Innern sind 2 Gummigeschwülste, die grössere fast vollständig verkäst; die kleinere zeigte an ihrem Rand noch frischere Partieen, das Centrum ist ebenfalls verkäst. Die L. Niere ist schlaff, die Kapsel adhaerent, die Rindensubstanz verschmälert, Parenchym stark getrübt und ver-

fettet. Columnae Bertini ziemlich gross, an mehreren Stellen der Rinde petechiale Blutungen. Die R. Niere wie die L. Gallengangspapille stark in das Duodenum vorgedrückt, im Ductus choledochus finden sich mehrere Cholestearinsteine, deren Oberfläche ockerfarben ist. Die Gallenblase selbst stark ausgedehnt, mit einer ockerfarbenen Galle gefüllt. Hier ein ça. haselnussgrosser Cholestearinstein, der zwar beweglich ist, aber den Gallengang grösstenteils geschlossen hat.

Die Leber hat sehr runzl. Gestalt, L. Lappen durch Schnürung stark entstellt. An mehreren Stellen befinden sich frische Narben, die tief in die Substanz hineingreifen. Acini stark verfettet, interstitielle Gewebe verbreitert. Leber im ganzen blutreich, Gallengänge sehr weit. Im Hals der Harnblase mehrere Varicen, Innenfläche des Uterus ist mit blutig-schleimigen Massen bedeckt. R. Ovarium grösstenteils in eine Cyste verwandelt. Tuben leicht ausgedehnt, Mastdarm ausserordentlich eng, zeigt sonst keine Veränderung. Magenschleimhaut stark getrübt. Darm zeigt ausser leichtem chronischen Katarrh keine Veränderung. Schädeldach etwas unsymmetrisch gebaut. Im Stirnbein eine ziemlich langgestreckte schmale Narbe. Gehirn leicht ödematös, sonst ohne Veränderungen. Hirnhäute wie die Gefässe zeigen keine Veränderungen.

Obductionsdiagnose:

Syphilis constitutionalis. Degeneratio adiposa et atrophia fusca myocardii. Dilatatio levis cordis. Pericarditis fibrinosa adhaesiva. Pleuritis adhaesiva chronica sinistra. Pleuritis dextra partialis purulenta partialis serosa. Pneumonia dissecans purulenta dextra. Oedema pulmonum et cerebri. Gummata lienis. Nephritis parenchymatosa haemorrhagica. Hepatitis interstitialis gummosa. Gastroenteritis catarrhalis. Endometritis haemorrhagica. Perimetritis adhaesiva chronica. Degeneratio cystica ovarii sinistri. Oophoritis fibrinosa sinistra.

IV.

Frau Waespi, Schneiderin, 43 Jahr.

Aufgenommen: 31. Dezbr. 1885.

Anamnese kaum aufzunehmen, da Pat. sehr wunderlich, mürrisch und dement. Lebte in äusserst elenden Verhältnissen. Es war von dem behandelnden Arzte bei ihr schon lange Lues konstatiert. Seit wie lange dieselbe besteht, ist nicht auszumitteln. Seit einer Reihe von Jahren wurde sie von demselben Arzte wegen eines spezifischen Zungengeschwürs behandelt.

Pat. ist eine kleine Person von schlechter Ernährung. Aussehen blass, leicht gedunsen; mürrisch; mässiges Ödem der Beine bis zum Knie. Am meisten auffallend ist an ihr die sehr mühsame, keuchende Respiration, die mit einem nicht sehr lauten Stridor respiratorius vor sich geht. Die Pat. kann fast nur sitzend genügend atmen, nachts deswegen sehr schlecht schlafen. Der Appetit ist nicht gut, Pat. allerdings auch nie zufrieden. Ziemlich oft Diarrhoe.

Auf der Stirn und am Wirbel je ein bis auf den Knochen gehendes altes Geschwür, das vordere ça. 2-, das hintere 5-Frankenstück gross. Ein ebensolches, nur mehr fistelartig, an

der linken Clavicula. Lymphdrüsen nirgends stark geschwollen. Keine anderen kutanen Eruptionen. Auf dem Zungenrücken eine alte strahlige Narbe. Uvula fehlt, beide Gaumenbögen bedeutend defekt. Pat. ist auch etwas heiser. Schlucken anfangs ziemlich gut.

Laryngoskopischer Befund: Epiglottis verkürzt und am Rande narbig gekerbt. An jedem sonst blassen Stimmband im hinteren Drittteil eine kleine katarrhalische Erosion, sonst keine grösseren Veränderungen.

Herz nicht pathol. Töne etwas matt.

Lunge: Die Perkussion ergiebt überall normalen Schall mit Ausnahme von L.H.U., wo handbreit eine nicht absolute Dämpfung zu constatieren war.

Die Auskultation ergiebt rechts überall normales Atmen, links in der Spitze etwas abgeschwächtes Atmen, das schon hier beim Inspirium einen leicht pfeifenden Ton annahm. L.H.U. und zwar von der Mitte der Scapula an hört man alles andere übertönend einen scharfen inspiratorischen Stridor, der ganz deutlich den Eindruck machte, als trete die Luft durch eine stenosierte Stelle des Bronchialbaumes. Stimmfremitus ist zu schwach, um Resultate zu geben. Husten nur selten und ohne Auswurf. Rasselgeräusche keine zu hören. Milz und Leber ohne wesentliche Abweichung. Urin ohne Eiweiss. Fieber besteht nicht.

Gestützt auf die Thatsache, dass Pat. schon lange spezifisch, ferner darauf, dass laryngoskopisch die Dypnoë und namentlich der Stridor sich absolut nicht erklären lassen und auf das deutliche Stenosengeräusch über der linken Lunge, konnten wir es wagen, die Diagnose auf syphilitische Bronchostenose mit wahrscheinlichen syphilitischen Veränderungen im linken Unterlappen der Lunge zu stellen.

Die Pat. bekam neben roborierender Diät zuerst etwas Jodkali, nachher Syrupus ferri jodati; nebenbei Narcotica nach Umständen.

Die Dispnoë erreichte manchmal bedenkliche Grade, so dass Pat. kaum mehr essen konnte. Der Husten steigerte sich hie und da etwas, Auswurf bekam man nicht zur Untersuchung.

Unter allgemeiner Abnahme der Kräfte und Steigen des Hydrops und der Demenz ging Pat. zu Grunde. Nie Eiweiss im Urin. Der Lokalbefund der Lungen blieb sich gleich. In den letzten 5—6 Tagen war Fieber aufgetreten, 38,8°—39,3°.

Tod am 8. Febr. 1886.

Sektion am 9. Febr. 1886:

Hochgradige Abmagerung. Hautgeschwüre in Heilung an Kopf und Clavicula sin. Herz klein, nicht verfettet. Linke Lunge zeigt im Hauptbronchus eine stark stenosierte Stelle; das Lungengewebe ist äusserst derb, zeigt schiefrige Farbe zwischen den stark verbreiteten Bindegewebszügen. Auch etwas Peribronchitis. Starke Schwellung und Rötung der Bronchialschleimhaut. Rechte Lunge zeigt eine ziemlich schlaffe Hepatisation; in den tieferen Partieen Oedem. Milz gross; Leber etwas verfettet, nicht besonders lappig. Nieren normal. Keine Genitalveränderungen. Ödeme der unteren Extremitäten. Gaumen defekt. Uvula fehlt. Alte Narbe auf der Zunge. Die Epiglottis verkürzt, ihr Rand verkrümmt und stellenweise lappig eingezogen. Stimmbänder erhalten, nur in jedem im hinteren Drittteil ein kleines „katarrha-

lisches“ Ulcus. Keine Narben. Trachea frei. Der linke Hauptbronchus unmittelbar hinter seinem Abgang von der Trachea hochgradig stenosiert und zwar durch eine ringförmige, sehr feste Narbe bis auf ein Lumen von 3—4 mm. Unter der Stenose erscheint der Hauptbronchus etwas erweitert. Linker Oberlappen völlig normal. Bronchien von gleicher Weite wie rechts. Der l. Unterlappen erscheint in toto verkleinert, zeigt oberflächlich keine Einziehungen (wie überhaupt die ganze Lunge nicht); auf dem Durchschnitt etwas trocken und wenig lufthaltig, schiefrig gefärbt. Der Lappen enthält sehr viel mehr Bindegewebe als normal, erscheint wie von narbigem Bindegewebe durchzogen. Dieses Bindegewebe folgt ziemlich genau den Bronchialverästelungen. Sämtliche Bronchien dieses Lappens sind erweitert meistens cylindrisch mit lokalen stärkeren Ausweitungen. Rechter Ober- und Mittellappen völlig normal. Der rechte Unterlappen ist von einer etwas schlaffen, aber frischen, nicht besonders elastischen, schwachkörnigen, pneumonischen Infiltration ohne gelatinöses Aussehen. Hirn etwas anämisch, sonst ohne auffallende Veränderung.

Anatomische Diagnose: Lues pulmonum et bronchiorum.

Die mikroskopische Untersuchung von Schnitten von der Kante der linken Lunge ergiebt (20. März 1887):

Verdickung der Pleura. Anhäufung von Bindegewebe zum Teil jüngeren Datums, zum Teil schwielig und zwar an einzelnen Stellen mehr diffus und stark pigmentiert, an anderen deutlich als perivasculäre Infiltration, während die allernächste Umgebung der Brochien nicht oder nur an einigen Stellen schwielig erscheint.

Aetiologie.

Lungensyphilis kommt sowohl bei der congenitalen, als auch bei der erworbenen Syphilis vor. Die congenitale Syphilis der Lungen zeigt sich bei Neugeborenen in Form einzelner Gummiknoten oder als diffuses syphilitisches Infiltrat, sog. Pneumonia alba. Auch bei Erwachsenen lässt sich die Lungensyphilis in Ausnahmefällen auf hereditären Ursprung zurückführen, wofür Schnitzler Beobachtungen aus der Litteratur anführt, bei denen in späteren Jahren die Lues in Form einer ulcerösen Lungensyphilis zum Ausbruch kam, Fälle von Lanceraux (cf. No. XII), Bouchard und Colin, bei denen ausführliche Sektionsberichte zu finden sind. Die Veränderungen in der Lunge bei erworbener Syphilis gehören dem sogenannten tertiären Stadium der Krankheit an und entwickeln sich gewöhnlich erst mehrere Jahre nach der primären Infektion. Die früheste Erkrankung führt Pancritius an (S. 112), der bereits 7—8 Wochen nach der Primärinfektion und 2 Tage vor dem Aus-

bruche der syphilitischen Roseola R. eine syphilitische Lungeninfiltration constatierte. Unter 33 Fällen, bei denen die Zeit der primären Infektion genau angegeben ist, trat die Lungenerkrankung in 3% im ersten Jahre, in 30% nach 1—3½ J., in 27% nach 4—8 J., in 12% nach 9—12 J., in 18% nach 13—20 J., in 9% nach 20 J. auf; in dem ersten von mir beobachtetem Falle angeblich nach 12 Wochen, im zweiten nach 9 Monaten, im dritten nach 10 Jahren. Im 4. Falle fehlen genauere Angaben.

Manifeste Luessymptome fehlen zur Zeit der Erkrankung unter 42 Fällen 5 mal = 12%, in 37 Fällen = 88% waren sie vorhanden. Unter diesen finden sich Symptome von recenter Lues in 20 Fällen = 54%, von abgelaufener in 17 Fällen = 46% u. z. Roseola, Condylome an den Genitalien, Plaques muqueuses, papulöse Syphilide, Ekthyma, Rupia, Ulcerationsprocesse an den Schleimhäuten des Respirationstractus, indurierte Narben an den Genitalien, Exostosen an der Tibia, Clavicula, Schädel, Hepatitis syphilitica, gummöse Neubildungen in der Leber, der Zunge u. a.

Eine besondere Prädisposition des Geschlechts lässt sich kaum konstatieren; die Erkrankung betrifft unter 57 Fällen 33 Männer = 58% und 24 Frauen = 42%. Unter 44 Fällen standen die Patienten im Alter von 17—20 J. in 6,8%, von 21—30 J. in 25%, von 31—40 J. in 36,4%, von 41—50 J. in 27,3% und in 4,5% von über 50 J.

Anatomie.

Pathologisch-anatomisch zeigt sich die Lungensyphilis:

1. Als gummöse Lungensyphilis. Nach Ziegler finden sich Gummiknoten ausserordentlich selten. Hiller fand 9 Fälle unter 87 = 10,4%; sie sind bis wallnussgrosse, derbe, schwielige Herde, welche teils unter der Pleura, teils im Innern des Parenchyms (gern um die Bronchien herum) liegen. In Fall III der Litteratur ein Gummiknoten von Hühnereigrösse. Virchow hebt hervor (Orth, pathol. Anat. S. 479), dass man nur dann an Gummiknoten denken darf, wenn die nekrotische Masse nicht exsudativen Ursprungs ist, also nicht im Lumen von Alveolen, Bronchien oder Bronchiektasen ge-

legen ist. Ist man zweifelhaft, ob ein Gummiknoten oder ein phthisischer Käseherd vorliegt, empfiehlt Orth die Untersuchung auf Tuberkelbacillen.

2. Als eine fibröse oder indurative Form. Interstitiell pneumonische Processe zeigen meist hyperplastischen Charakter und haben Neigung, zur Retraktion zu führen. Nicht selten werden durch dieselben die Lungen durch grosse Bindegewebszüge durchzogen und scheint sich an derartig interstitielle Processe sekundär eine Erkrankung des Parenchyms in Form von lobulären Pneumonieen anzuschliessen. Die interstitiellen Processe knüpfen sehr häufig an das Bronchialsystem an und stellen peribronchiale Bindegewebswucherungen dar. Nach Ziegler gehen dieselben interstitiellen Processe oft von der Pleura aus, führen zur Bildung von Exsudaten und runden so die scharfen Ränder der Lunge ab. Es kommt auch eine eigentliche gummöse Pleuritis vor. Die erwähnten rein bronchialen Processe, an welche sich die interstitielle Lungenerkrankung anschliesst, führen meist auch in grosser Ausdehnung zu sehr bedeutenden Constriktionen der Bronchien und so sekundär zur Atelektase und Bronchopneumonie. Eine eigentlich primäre syphilitische Pneumonie mit Exsudat in den Alveolen ist wohl noch nicht mit aller Bestimmtheit beim Erwachsenen bekannt, während sie beim Neugeborenen eine grosse Rolle spielen. Vgl. Heller, die Lungenerkrankungen bei angeborener Syphilis. (Deutsches Archiv f. klin. Med. XLII, 1—3 p. 159, 1887.) Die häufigsten sekundären Veränderungen sind ausser der Bronchopneumonie frische rote Hepatisation, gelatinöse Infiltration, Splenisation der Unterlappen — Processe, welche man doch nicht so ohne weiteres als ursprünglich syphilitisch ansehen kann. Diese infiltrierten Lungenpartieen können später der Erweichung und Verkäsung unterliegen und damit

3. zur ulcerösen Lungensyphilis und später Cavernenbildung führen. Eine weit häufigere Veranlassung zur Bildung von Höhlen in der Lunge scheint aber in der Neigung der interstitiellen Processe zu Retraktionen gelegen zu sein, welche zur Erweiterung der Bronchien und später zu bronchiektatischen Höhlen Veranlassung geben. Orth hebt hervor: Selbst die einfachen fibrösen Indurationen können das Lungengewebe zum Schwund bringen, ja sogar durch tiefe, narbenartige Einziehung

eine Lappung der Lunge hervorrufen. Eine solche findet sich z. B. in dem 2. Fall von Hiller (vgl. No. XXXVII).

Dass übrigens die anatomischen Befunde vielfach berechtigten Zweifel zulassen, heben viele Autoren, auch Orth, hervor.

Was den Sitz der Erkrankung anlangt, so wurden unter 90 Fällen in 52,2% die rechte Lunge allein, in 11,1% die linke Lunge allein, in 36,7% beide Lungen affiziert. In 42,2% ist der rechte mittlere Lappen erkrankt; dieser scheint demnach mit Vorliebe Sitz der syphilitischen Erkrankung zu sein, indes ungleich weniger häufig als die Spitzen bei der Tuberkulose.

Mehr lässt sich meines Erachtens nicht sagen; ich meine, Autoren, wie Grandidier (Berl. klin. Wochenschrift 1875 No. 15), gehen zu weit, wenn sie sagen, dieser Sitz sei so bezeichnend, dass dadurch allein schon die syphilitische Natur eines Lungenleidens gesichert sei, selbst wenn andere Anhaltspunkte nicht vorhanden seien. Rollet (Wien. med. Presse 1875) meint, es stehe ziemlich fest, dass bei Syphilis die Lungenspitzen nicht affiziert werden. Nach meiner Zusammenstellung sind die Spitzen unter 90 Fällen in 20,8% erkrankt u. z. in 9,8% beide, in 7,7% die R., in 3% die L., während beide Unterlappen in 8,8% erkrankt sind.

Klinisch tritt die Lungensyphilis in zwei leicht in einander übergehenden Formen auf:

1. Unter den Symptomen der Infiltration, wo die Wucherungen des interlobulären und interalveolären Bindegewebes Indurationen und später Retraktion ganzer Lungenabschnitte hervorruft.

2. Unter den Symptomen des Zerfalls des infiltrierten Gewebes.

N. B. Eine dritte gar nicht zu seltene Form weist objektiv gar keine Symptome auf; es finden sich dann bei der Sektion Gummiknoten.

Zu der letzteren Form gehören die Fälle von H. Weber in den Transactions of the pathological Society of London 1866 No. 8, F. Meschede in Virchow's Archiv Bd. 37, S. 566 und von Ödmannsson in Virchow-Hirsch's Jahresberichten 1869, II, 560.

Symptome.

Ein Moment, dem viele Kliniker bei der Tuberkulose so grossen Wert beilegen, das schwächliche, kränkliche Aussehen, finden wir bei der Syphilis der Lungen nur in den seltneren Fällen wieder, u. z. wie mir scheint da, wo gleichzeitig amyloide Entartung der inneren Organe vorliegt. Personen, bei denen die Lungensyphilis die gleichen Zerstörungen hervorgerufen hat, wie bei andern die Tuberkulose, haben ein verhältnismässig gutes Aussehen. Ja es giebt Autoren, wie Lang (No. XXXVIII), die bei Lungenleiden gerade wegen des guten Aussehens Verdacht auf Lues schöpften. Auch Gerhardt (Würzburger Sitzungsberichte 1881) ist der Ansicht, dass der Rückschluss auf Lues selten unberechtigt ist, wenn man Pneumo-laryngophthise bei sehr starkknochigen, wohlbeleibten Leuten vorfindet, deren Habitus eher dem apoplektischen oder emphysematösen sich nähert. Doch ist das geschilderte Aussehen nicht ein Kriterium für alle Fälle. In meinem ersten Fall erklärt sich die Kachexie auch durch Amyloidentartung. Aus der Litteratur habe ich in 8 unter 16 Fällen = 50% die Kachexie auf dieselbe zurückführen können. Amyloidentartung fand ich überhaupt bei Lungensyphilis in 19,3% der Fälle.

Eins der frühesten Symptome der Lungensyphilis ist die Dyspnoë, die sich beim Sprechen, Gehen etc. zur Orthopnoë steigern kann. Rosner (Virchow-Hirsch's Jahresbericht 1881, S. 510) sieht diese Kurzatmigkeit als eins der wichtigsten pathognomonischen Zeichen an, und möchte als ihre Ursache den Druck der meist vergrösserten Bronchialdrüsen auf die Bronchien oder Bronchialstenosen angesehen wissen. Die Dyspnoe tritt oft anfallsweise auf, oder, wenn dauernd, in Exacerbationen. In einzelnen Fällen trat der Tod während des Erstickungsanfalles ein, in anderen gab sie die Indikation zur Laryngotomie.

Die nicht seltene Cyanose bei Lungensyphilis ist von der Verengerung des Lungenkreislaufes abhängig und tritt meist zusammen mit der Verstärkungdes 2. Pulmonaltones auf.

Husten tritt bei Lungensyphilis frühzeitig auf, derselbe ist sehr gesteigert, wenn die syphilitische Affektion

auf die zuführenden Luftwege übergeht oder von denselben ausgeht. In 10,4% der Fälle in der Litteratur fehlt der Husten ganz. In dem Falle Beger (XIII) und von Hertz (No. IX) war derselbe sehr quälend, letzterer fast ohne Auswurf.

Auswurf ist reichlich vorhanden, wenn nebenbei eine Bronchitis besteht, sonst fehlt er ganz oder zum Teil. Schnitzler ist zu der Ansicht gekommen, dass diese Bronchitis dem frühen Auftreten der Erkrankung angehört. Das häufigste, und somit am ehesten für Lungensyphilis charakteristische Sputum ist innig gemischt blutig-eitrig von fleischfarbener Färbung. Das pathognomonisch wichtigste Sputum zeichnet sich durch das Vorkommen von nekrotischen Fetzen aus, welche meist sequestrierte, kleine gummöse Lungenpartieen darstellen. In einem Fall von Beger stammte derselbe aus der Trachealschleimhaut. Gerhardt erwähnt einmaligen Auswurf zweier kleiner Knorpelstückchen. In einem anderen Falle von Lungensyphilis, welcher s. Z. auf der Abteilung des Herrn Geheimrat Gerhardt in Würzburg beobachtet wurde, wurde, wie mir mitzuteilen gestattet ist, ein etwa 3 cm langes und etwa halbbleistiftdickes Stückchen eines infiltrierten, derben Lungengewebes ausgehustet. Elastische Fasern kommen im Sputum relativ selten vor, was sich aus der Neigung des syphilitischen Processes erklärt, weniger zur Destruction und Ulceration, und mehr zur Induration zu führen, als dies bei Tuberkulose der Fall ist.

Blut findet sich im Sputum ausser in dem beschriebenen Sputum in kleinen rothen Streifen; es macht das Sputum rostfarben, wie in dem einen Fall von Virchow. Das Sputum der Pat. Mock hatte ein gelatinöses, himbeergeleeartiges, dem Lungencarcinomsputum ähnliches Aussehen.

Haemoptoë tritt, was allgemein anerkannt wird, häufiger auf als bei Tuberkulose. Charakteristisch ist der beschriebene Fall von Gerhardt, wo das Blutspeien mehrere Tage andauerte und eine Arrosion eines Astes der Art. pulmonalis den Tod herbeiführte. In anderen Fällen dürften die Haemoptysen auf syphilitische Ulcerationen der Bronchien, weniger auf interstitielle Processe in den Lungen zu beziehen sein.

Oft haben die Kranken das Gefühl von Druck und

Schwere in der Brust, bei tiefer Inspiration stechende Schmerzen; letztere sind wahrscheinlich auf eine gleichzeitige Affection der Pleura zu beziehen.

Pleuritis ist eine häufige Begleiterin der Lungensyphilis. Es hat sich herausgestellt, dass dieselbe in mehr als der Hälfte der Fälle vorkommt (52%). Auf pleuritische Schwarten ist die Dämpfung, der abgeschwächte Pectoralfremitus zu beziehen. Sie ist teils trocken, teils serös, bisweilen auch, wie in meinem dritten Falle, eitrig.

Fieber findet sich bei Lungensyphilis seltener als bei Tuberkulose, bei einfachen Gummiknoten in der Lunge wohl nie. Wenn Fieber vorhanden ist, so ist dies, wie Rollet meint, der Ausdruck einer durch entzündliche Katarrhe hervorgerufenen Complikation. Schnitzler sagt in seiner Arbeit: Das Fieber ist, wenn auch kein constantes, doch ein immerhin beachtenswertes Symptom bei Lungensyphilis. Ohne den Wert der diesbezüglichen schönen Untersuchungen von Wunderlich, Güntz, Bäumler und Duffin zu unterschätzen, glaubt Schnitzler doch nicht, dass man aus dem Charakter des Fiebers allein je die Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberkulose der Lungen auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit machen könne, wenn sich nicht andere, wichtige Anhaltspunkte finden, die für die eine oder andere Krankheit sprechen. Um so beachtenswerter ist hier das Fieber in prognostischer Bedeutung, da dasselbe immer auf eine neue Eruption und auf ein Fortschreiten des syphilitischen Processes in der Lunge schliessen lässt.

Was die physikalischen Symptome bei Lungensyphilis anlangt, so finden sich alle Zeichen einer Hepatisation u. z. Dämpfung, intensiver und meist circumscripter, als bei Pneumonie. Entsprechend dem Praedilectionssitz der Lungensyphilis findet sich die häufigste Dämpfung über dem R. mittl. Lungenlappen. Über der Dämpfung meistens Bronchialatmen, verstärkter Pectoralfremitus und als weitere Erscheinung der Lungenverdichtung Wintrich'scher und Gerhardt'scher Schallwechsel. Letzterer fand sich auch bei der Pat. Mock bei der erneuten Untersuchung. Eigentliche Cavernenerscheinungen sind selten. Gaudichier giebt „Plätschergeräusche, cavernöses Atmen, bruit de pot fêlé“ an. In vielen Fällen praeva-

lieren die Symptome der Pleuritis, wie bei der Schidun, nämlich Dämpfung in den abhängigen Teilen, Abschwächung der Atemgeräusche und des Pectoralfremitus; übrigens ist bereits in dem anatomischen Teil darauf hingewiesen, dass die Cavernen bei Lungensyphilis häufiger bronchiektatischer als ulceröser Natur sind. Man darf daher aus Cavernensymptomen noch nicht auf ulceröse Lungensyphilis schliessen, ein Punkt, der vielleicht in therapeutischer Beziehung einige Beachtung verdient. Als Symptome der Retraktionen treten dann noch auf: 1. Einsenkung der kranken Seite, 2. Einsenkung der Interkostalräume auf derselben, 3. Herüberdrängen des Herzens und des Mediastinums nach der gesunden Seite, 4. Empordrängen des Zwerchfells, 5. Vergrösserung des Traube'schen Raumes, 6. Bronchiektasen und damit wieder Höhlensymptome.

Die **Diagnose** wird sich selbstverständlich zunächst auf Antecedentien, dann auf gleichzeitig vorhandene, objektiv nachweisbare, abgelaufene oder noch bestehende Lues anderer Organe zu beziehen haben. Sie gewinnt an Wahrscheinlichkeit, wenn das Sputum die beschriebene charakteristische Beschaffenheit hat, und besonders wenn man nekrotische gummöse Gewebsfetzen in demselben nachweisen kann. Dazu würde man auf das meist gesunde Aussehen der Pat. zu achten haben. Ob man auf den Praedilektionssitz der Erkrankung diagnostischen Wert legen soll, möchte ich nicht mit Bestimmtheit sagen; da wir bis jetzt noch über zu wenig statistisches Material verfügen, hat das nur einen relativen Wert. Von ungleich grösserer Bedeutung für die Diagnose ist die Einwirkung der antiluetischen Behandlung auf den Verlauf der Krankheit. Wenn man eine Lungenerkrankung durch antiluetische Kur zum Schwinden bringt, so möchte ich dies als einen ganz sicheren Beweis für den syphilitischen Charakter derselben ansehen u. z. um so mehr, als sich nach den Untersuchungen von Fräntzel und Hiller bei Tuberkulösen die Behandlung mit Hg als schädlich erwies. Michael sagt, es hiesse den Zweifel weit treiben, wollte man sich bei solchem Erfolg noch skeptisch verhalten. Er beruft sich auf Virchow, welcher meint, das wäre eine sonderbare Tuberkulose, die sich nach eingreifender Hg-Behandlung zum Schwinden bringen lässt.

Einen bedeutenden Anhalt für die Diagnose der Lungensyphilis haben wir seit der Entdeckung der Tuberkelbacillen gefunden. Der positive Beweis von Tuberkelbacillen beweist ohne weiteres die Tuberkulose, während der negative Beweis derselben zwar die Diagnose in hohem Masse wahrscheinlich macht, aber selbst dann nicht absolut beweisend ist, wenn sich das Resultat auf mehrtägige, ja mehrwöchentliche, sorgfältige Untersuchung stützt, da Tuberkulose ja auch ohne Bacillen vorkommt. Denn nicht nur die Patienten, die ihr Sputum verschlucken, wie Kinder, imbecille Personen, sondern auch diejenigen, in deren Lungen die tuberkulösen Herde entweder nicht erweicht sind, oder wo erweichte Herde nicht mit dem Bronchialbaum in unmittelbarem Zusammenhang stehen, werden kein für die klinische Untersuchung verwendbares Sputum liefern.

Bei dem Falle Mock stützt die Diagnose der therapeutische Eingriff und das Fehlen der Tuberkelbacillen, bei der Heitling hat das letztere durch die Sektion ihre volle Bestätigung gefunden.

Das letzte diagnostische Moment macht es auch nicht mehr so nötig, der laryngoskopischen Untersuchung so gewichtigen Wert beizulegen, wie Schnitzler, welcher als das Facit seiner höchst wertvollen und allgemein anerkannten Untersuchungen folgenden Satz aufstellt: „Meine frühere Behauptung, die Diagnose der Lungensyphilis kann nur mittelst des Kehlkopfspiegels mit voller Sicherheit gemacht werden, ist, wenn auch scheinbar paradox, doch vollkommen berechtigt".

Nach den Angaben der Litteratur habe ich bei Lungensyphilis Larynxsyphilis (unter 59 Fällen) in ca. 42% gefunden.

Therapie.

Über den Modus der Therapie kann kein Zweifel herrschen; eine Wirkung übt nur eine energische Schmierkur aus. Zu einem für die Therapie höchst wichtigen Schluss ist Michael gekommen, dass ein Misserfolg des KJ nicht beweisend sei, sondern erst das negative Resultat einer Inunktionskur oder einer combinierten Behandlung, durch welche beide letzteren oft Heilung erzielt sei, nachdem KJ keinen Erfolg hatte. Nur ein Punkt wäre noch zu berücksichtigen. In den beginnen-

den, früh auftretenden Lungenerkrankungen wird die antiluetische Kur Heilung erzielen. Bei vorgeschrittenen Fällen indes ist der therapeutische Eingriff ein zweischneidiges Schwert, indem durch den Heilungsprocess syphilitischer Bronchien oder gummöser oder interstitieller Processe derartige Bronchostenosen und tiefgreifende Veränderungen in der Gestalt der Lunge geschaffen werden, dass sich an diese weitere und selbst ernstere Functionstörungen anschliessen, die unter Erstickungsanfällen meist zum Tode führen. Man muss daher therapeutisch so früh wie möglich eingreifen.

Die **Prognose** ist in der voranstehenden Betrachtung enthalten.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Privatdocenten Dr. Friedrich Müller, Assistenten an der II. med. Klinik, für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit und das derselben in hohem Masse gewidmete Interesse meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Es ist ratsam, bei pleuritischem Exsudat stets eine Probepunktion vorzunehmen.

II.

Bei der Amputation der Mamma wegen Carcinom müssen die Lymphdrüsen der Achselhöhle stets entfernt werden.

III.

Bei der Exstirpation des Kehlkopfs lässt sich die Gefahr der Pneumonie oder Bronchitis durch Anwendung der von Hahn angegebenen Jodoformtamponcanüle vollständig vermeiden.

Lebenslauf.

Verfasser, Konrad Ruhemann, jüdischer Religion, geboren am 7. März 1864 zu Zempelburg in Westpreussen, erhielt seine Vorbildung auf der ehemaligen Französischen Knabenschule und dem Sophiengymnasium zu Berlin, welches letztere er Ostern 1884 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Bei der Berliner medizinischen Facultät inscribiert, gehörte er derselben während seiner ganzen Studienzeit an. Den 16. Januar 1886 legte er das Tentamen physicum ab, d. 26. Jan. 1888 das Tentamen medicum u. den 14. Febr. 1888 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Christiani (†), E. Cohn, Falk, Gerhardt, Gusserow, Hartmann, Hofmann, Hofmeier, Koch, Küster, Liebreich, Martin, Mendel, Fr. Müller, J. Munk, Olshausen, Perl, Proskauer, Rumpf, Thorn, H. Virchow, R. Virchow, Waldeyer, Winter, J. Wolff.

Zu seiner praktischen Ausbildung war er vom 1. April bis 1. Juli 1887 als poliklinischer Praktikant in der Kgl. Frauenklinik unter der Leitung des Herrn Dr. Reichel, vom Anfang Juli im städtischen Krankenhause im Friedrichshain thätig u. z. bis Ende November 1887 auf der chirurgischen Abteilung des Herrn Geheimrat Hahn, seitdem auf der inneren Abteilung des Herrn Prof. Fürbringer.

Allen den genannten Herren, seinen hochverehrten Lehrern, ist Verfasser zu aufrichtigem Dank verpflichtet.